जन ग्रामीण स्वास्थ्य निगरानी रिपोर्ट

(वर्ष 2006 एवं 2007)

वास्थ्य योजनाओं

की 'सेहत' खराब

(आरएनएन)। भारत सरकार द्वारा ...क सुविधाओं की मजबूती के लिए प्रदेश में ... जा रही तमाम योजनाएं अब दरकने लगी हैं। ...सके कारण योजना से जुड़ने वाले तनाव में हैं। ...वा सोमवार को पत्रकार वार्ता में जन स्वास्थ्य ...न के संयोजक डॉ.अजय कुमार खरे ने किया। ...होंने कहा कि उनकी संस्था जन स्वास्थ्य ...न ने कुछ अन्य स्वयंसेवी संस्थाओं की मदद से ...के 20 जिलों में स्वास्थ्य सेवाओं का सर्वे कराया ...में कई चौंकाने वाले तथ्य सामने आये। उनका ...कि प्रदेश सरकार द्वारा संचालित योजनाओं से ...हैं, वह तनाव में हैं। उन्होंने उदाहरण देते ...कि आशा कार्यकर्ताओं को शासन ने मानदेय ...है, लेकिन वह भी उन्हें प्रति केस के हिसाब से ...है, वह भी पूरा नहीं। वहीं आंगनबाड़ी कार्यकर्ता ...कार्यकर्ताओं से खफा रहने लगी है, जिससे ...र्यकर्ता तनाव ग्रस्त रहती हैं। उन्होंने बताया कि ...र से प्रदेश की तमाम स्वास्थ्य व्यवस्थाओं में ...मियां हैं। इन खामियों की एक रिपोर्ट तैयार की ...र इसे हम 22 अप्रैल को दिल्ली में होने वाली ...आयुक्त की बैठक में पेश करेंगे। उन्होंने बताया ...य केवल इतना है कि प्रदेश की स्वास्थ्य ...संस्थानों में सुधार हो।

दैनिक भास्कर

सामूहिक इस्तीफा देंगे सरकारी डाक्टर!

सरकार की वादा खिलाफी के चलते 25 जून को प्रदेश के साढ़े तीन हजार चिकित्सक सामूहिक रूप से त्यागपत्र देंगे।

ज़मीनी हकीकत से ... हैं स्वास्थ्य सुविधाएं

एनआरएचएम की रिपोर्ट में उभर कर आए आंकड़े

शहरी स्वास्थ्य की स्थिति चिंताजनक, गरीबी ...

शहरों में गरीबी तेजी से बढ़ रही है किन्तु उसके मापदंड में कई विसंगतियां हैं जिससे इसका अनुमान नहीं लगाया जा रहा है।

नगर संवाददाता, भोपाल

मप्र विज्ञान सभा द्वारा मप्र जन स्वास्थ्य मिशन के अंतर्गत शुक्रवार को मप्र में शहरी एवं ग्रामीण स्वास्थ्य पर दो दिवसीय परिचर्चा का शुभारंभ किया गया। आईकफ आश्रम में आयोजित इस कार्यक्रम में शहरी स्वास्थ्य की बिगड़ती स्थिति पर चिंता व्यक्त की। उनका कहना था कि शहरों में गरीबी तेजी से बढ़ रही है किन्तु उसके मापदंड में कई विसंगतियां हैं जिससे इसका अनुमान नहीं लगाया जा रहा है। ...

म.प्र. मे शहरी एवं ग्रामीण स्वास्थ्य परिचर्चा 28-29 मार्च 2008 ... जन स्वास्थ्य अभियान

आईकफ आश्रम में शहरी एवं ग्रामीण स्वास्थ्य पर शुक्रवार को आयोजित परिचर्चा में बोलते डॉ. राहुल शर्मा।

दैनिक भास्कर 3

भोपाल, मंगलवार 8 अप्रैल, 2008

...देश में स्वास्थ्य का स्तर गिरा : सर्वे

...मर संवाददाता, भोपाल

...प्रदेश में स्वास्थ्य सुधार के लिए सरकार द्वारा लागू की गई योजनाओं की स्थिति ठीक नहीं है। इस कारण से मप्र में स्वास्थ्य के सूचकांकों की स्थिति बहुत बुरी है। यह बात मप्र जन स्वास्थ्य अभियान संयोजक डॉ. अजय कुमार ... ने एक पत्रकार वार्ता में कही। उन्होंने बताया कि अभियान ने 2006 व ...07 में प्रदेश के विभिन्न जिलों के ग्रामीण क्षेत्रों ... सर्वेक्षण कराया था। इसमें सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों, प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों व उप स्वास्थ्य केंद्रों में स्वास्थ्य सेवाओं को प्रदान ... स्थिति को जांचा गया। डॉ. कुमार ... आंकड़ों के बारे में बताया। ...गर्भवती महिलाओं में ... बच्चों में ...

नईदुनिया

भोपाल मंगलवार 8 अप्रैल 2008

प्रदेश में स्वास्थ्य का हाल ठीक नहीं

भोपाल। भारत सरकार द्वारा प्राथमिक स्वास्थ्य सुविधाओं की मजबूती हेतु राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के तीन साल पूरे हो जाने के बाद भी मध्यप्रदेश में स्वास्थ्य सुविधाओं की स्थिति ठीक नहीं है।

जन स्वास्थ्य अभियान नामक संस्था ने अपने एक सर्वे में इस बात का खुलासा किया है। अभियान के संयोजक डा.अजय खरे ने विश्व स्वास्थ्य दिवस पर एक पत्रकारवार्ता के दौरान बताया कि जन स्वास्थ्य अभियान ने वर्ष 06 व 07 में प्रदेश के विभिन्न जिलों के ग्रामीण क्षेत्रों में एक सर्वे कराया जिसमें चौंकाने वाले तथ्य सामने आए। सर्वे के मुताबिक गांवों में काम करने वाली आशा कार्यकर्ताओं और एएनएम के बीच समन्वय का अभाव है। छिंदवाड़ा और गुना जिले में आशा के चयन व उनके प्रशिक्षण में कई विसंगतियां सामने आई हैं। आशा कार्यकर्ताएं ज्यादातर उन्हीं कार्यों को कर रही हैं जिनमें उसे प्रोत्साहन राशि मिलती है। ये बात भी सामने आई है कि आशा के मानदेय का भुगतान समय पर नहीं हो पाता है। सर्वे ... स्वास्थ्य केन्द्रों की स्थिति को भी संतोषजनक नहीं ...

एक सर्वे ने बताई हकीकत

स्वास्थ्य के मामले में प्रदेश पिछड़ा

भोपाल (आरएनएन) सरकार द्वारा प्राथमिक ... की मजबूती के लिए ... चलाई जा रही तमाम योज... दरकने लगी है और इसके ... योजना से जुड़ने वाले भारी ... में जी रहे हैं। यह बात सोमवार ... आयोजित एक पत्रकार वार्ता में ... स्वास्थ्य अभियान के संयोजक डॉ.अजय कुमार खरे ने कही। उन्होंने बताया कि उनकी सं... जन स्वास्थ्य अभियान ने कुछ अ... स्वयंसेवी संस्थाओं की मदद ... प्रदेश के बीस जिलों में स्वा... सेवाओं का सर्वे कराया तो ... कई चौंकाने वाले तथ्य सामने आ... उन्होंने बताया कि प्रदेश सर... द्वारा संचालित योजनाओं से ... लोग जुड़े हैं व... तनाव में जी रहे ... उन्होंने उदाहरण ...ते हुए बताया ... आशा कार्य... को शासन ...

म.प्र जन स्वास्थ्य अभियान

11119

11119

Community Health Cell
Library and Information Centre
359, "Srinivasa Nilaya"
Jakkasandra 1st Main,
1st Block, Koramangala,
BANGALORE - 560 034.
Ph : 2553 15 18 / 2552 5372
e-mail : chc@sochara.org

जन ग्रामीण स्वास्थ्य निगरानी रिपोर्ट

(वर्ष 2006 एवं 2007)

COMMUNITY HEALTH CELL
LIBRARY AND INFORMATION CENTRE
BANGALORE 34

म.प्र जन स्वास्थ्य अभियान

जन ग्रामीण स्वास्थ्य निगरानी रिपोर्ट (वर्ष 2006–07)

प्रकाशन – अप्रैल 2008

प्रकाशक – म.प्र जन स्वास्थ्य अभियान

सहयोग – सर दोराबजी टाटा ट्रस्ट, मुम्बई

रिपोर्ट विश्लेषण एवं तकनीकी सहयोग – डा. शैलेन्द्र पटने, डा. अजय कुमार खरे,
डा. राहुल शर्मा, अमूल्य निधि,
डा. घनश्याम वर्मा, संत कुमार महतो

संपादन – डा. अजय कुमार खरे

डिजाइनिंग एवं कम्पोजिंग – स्टार पब्लिसिटी, भोपाल
मुद्रक – एकता प्रिंटर, भोपाल

मध्यप्रदेश विज्ञान सभा, ज्ञान विज्ञान परिसर
सागौनी कला, पो. कोलुआ खुर्द, रायसेन रोड, भोपाल 462021
फोन : 0755–2852782 फैक्स : 2852783
ई–मेल : mpv_sabha@dataone.in

PH-110
11119 P08

विषय सूची

1. भूमिका — 4
2. म.प्र जन स्वास्थ्य अभियान के बारे में — 6
3. सर्वेक्षण रिपोर्ट 2006–07 — 12
4. म.प्र. सरकार का बजट एवं विश्लेषण — 25
5. पश्चिमी म.प्र. में स्वास्थ्य की स्थिति — 27
6. म.प्र. में महिला स्वास्थ्य की स्थिति — 38
7. म.प्र. में बच्चों के स्वास्थ्य की स्थिति — 44
8. म.प्र. में मानसिक स्वास्थ्य सेवाऐं स्थिति एवं चुनौतियाँ — 54
9. राष्ट्रीय शहरी स्वास्थ्य मिशन के मद्देनजर शहरी स्वास्थ्य के मुद्दे — 58

भूमिका

राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन 2005–2012 का प्रारंभ संयुक्त प्रगतिशील गठबंधन की सरकार द्वारा किया गया। कार्यक्रम में पूर्ववर्ती सरकार द्वारा दी जाने वाली प्राथमिकता जैसे मेडिकल टूरिज्म, अखिल भारतीय आयुर्वेदिक संस्थान जैसे बड़े संस्थानों की स्थापना अथवा उच्च वर्ग की चिकित्सकीय जरूरतों को पूरा करने से हटकर न्यूनतम साझा कार्यक्रम के अनुसार ग्रामीण स्वास्थ्य सुधारने का वादा किया गया। जन स्वास्थ्य अभियान, इसके स्वरूप के निर्धारण में कुछ हद तक विभिन्न समितियों में सलाह व सहयोग देकर भागीदार रहा है। उदारीकरण एवं निजीकरण के दौर में शासन द्वारा स्वास्थ्य संरचना को मजबूत करने, सेवाओं की उपलब्धता की गारंटी देना व बजट 0.9 प्रतिशत सकल घरेलू उत्पाद से बढ़ाकर 2–3 प्रतिशत करने का वादा महत्वपूर्ण कदम था।

इसे देश के विशेष लक्षित राज्यों हिमाचल प्रदेश, राजस्थान, उत्तरप्रदेश, उत्तराखंड, बिहार, झारखंड, मध्यप्रदेश, छत्तीसगढ़, उड़ीसा, आसाम, मणिपुर, मेघालय, मिजोरम, अरूणाचल प्रदेश, त्रिपुरा, नागालैंड, सिक्कम एवं जम्मू कश्मीर में प्रारंभ किया गया। अन्य राज्यों में भी इसकी कुछ गतिविधियां संचालित की जावेंगी।

इसमें अनेक महत्वपूर्ण कदमों जैसे – प्रत्येक गांव में आशा की उपलब्धता, उप स्वास्थ्य केन्द्र, प्राथमिक एवं सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों का भारतीय सार्वजनिक स्वास्थ्य मानदंडों के अनुसार उन्नयन, डाक्टरों, कर्मचारियों की उपलब्धता, आवश्यक दवाओं की उपलब्धता व सामुदायिक निगरानी आदि सहित जनोपयोगी कदम शामिल हैं वही दुसरी ओर रोगी कल्याण समिति द्वारा उपयोग फीस, पब्लिक प्रायवेट पार्टनरशिप जैसे निजीकरण की ओर ले जाने वाले कदम भी हैं।

जन स्वास्थ्य अभियान ने कार्यक्रम की गति, प्रभावों व जनता की भागीदारी आदि जैसे मुद्दों को देखने के लिए राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य निगरानी प्रक्रिया प्रारंभ की। इसे मध्यप्रदेश, राजस्थान, छत्तीसगढ़, उत्तरप्रदेश, बिहार, झारखंड व उड़ीसा में प्रारंभ किया गया। वर्ष 2007 में उत्तराखंड भी इस प्रक्रिया में शामिल हो गया।

मध्यप्रदेश में जन स्वास्थ्य अभियान में शामिल स्वयंसेवी संस्थाओं व स्वास्थ्य के क्षेत्र में सक्रिय साथियों का पूर्ण सहयोग प्राप्त हुआ। स्वयं सेवी रूप से संस्थाओं ने अपने–अपने कार्य क्षेत्र में स्वास्थ्य संस्थाओं की जानकारी एकत्रित की। डाक्टरों, मरीजों व गांव वासियों से चर्चा कर स्वास्थ्य की स्थिति के बारे में पता किया। ग्रामीण स्वास्थ्य की निगरानी की प्रक्रिया में जन स्वास्थ्य अभियान के राष्ट्रीय सचिवालय विशेष रूप से कैथोलिक मेडिकल एसोसिएशन ऑफ इंडिया का महत्वपूर्ण योगदान रहा। डा. जो. वर्गिश, डा. अभय शुक्ला, डा. अमित सेन गुप्ता, डा. धनंजय कांकड़े, डा. शैलेन्द्र पटने, सुश्री आशा मिश्रा, डा. राहुल शर्मा, श्री अमूल्य निधि ने समय–समय पर अत्यंत महत्वपूर्ण योगदान दिया। मध्यप्रदेश का बजट श्रीमती आरती पांडे द्वारा तैयार किया गया।

प्रस्तुत रिर्पोट दो हिस्सों में प्रकाशित की जा रही है। पहले हिस्से में मध्यप्रदेश के स्वास्थ्य के बारे में जन स्वास्थ्य अभियान में भागीदार संस्थाओं द्वारा किए गए सर्वेक्षण की रिपोर्ट है व दूसरे हिस्से में मध्यप्रदेश की स्वास्थ्य की स्थिति को दर्शाने वाले श्रीमती. संध्या शैली, श्री सचिन जैन, डॉ. राहुल शर्मा के लेख हैं। मुझे उम्मीद है कि मध्यप्रदेश जन स्वास्थ्य अभियान की ये पहल हमारे नीति निर्धारकों व सामान्य जनता को जमीनी हकीकत से रूबरू कराने में सहायक होगी।

अंत में मैं सभी प्रत्यक्ष एवं अप्रत्यक्ष सहयोगियों का ह्दय से आभार व्यक्त करता हूँ।

डा. अजय कुमार खरे
संयोजक
म.प्र जन स्वास्थ्य अभियान

जन स्वास्थ्य अभियान, मध्यप्रदेश

एक परिचय : जन स्वास्थ्य अभियान, सभी के लिए स्वास्थ्य के मुद्दे को ध्यान में रखकर वैश्विक स्तर पर उभरे 'पीपुल्स हेल्थ मूवमेंट' का भारतीय वृत्त है। यह एक समन्वय है, उन तमाम जन संगठनों, जनांदोलनों, गैर सरकारी संगठनों, सामाजिक कार्यकर्ताओं तथा स्वास्थ्य विशेषज्ञों का, जो प्राथमिक स्वास्थ्य तंत्र की बेहतरी तथा स्वास्थ्य के सामाजिक निर्धारकों की पैरवी हेतु सक्रिय हैं।

दुनिया के लगभग सभी देशों ने 1978 में कजाकिस्तान के अल्माआटा शहर में एक घोषणा–पत्र पर हस्ताक्षर किये थे, जिसमें वादा किया गया था कि सन् 2000 तक 'सबके लिए स्वास्थ्य' उपलब्ध करा लिया जाएगा। सन् 2000 के आते–आते यह देखा गया कि सबके लिए स्वास्थ्य लगभग हर कहीं एक सपना ही साबित हुआ और उसे अमल में नहीं लाया जा सका। खासकर तीसरी दुनिया यानी गरीब और विकासशील देशों में स्थिति बद से बदतर हो गई और सरकारें इस वादे पर निष्क्रिय ही रहीं। इन परिस्थितियों में दुनिया भर में तमाम जन संगठनों व आंदोलनों के कार्यकर्ताओं ने यह तय किया कि स्वास्थ्य के मुद्दों पर आमजन को जागरूक करते हुए उनकी बीमारियों की असलियतें उजागर की जाऐं, साथ ही सभी देशों की सरकारों को उनके द्वारा 1978 में किये गये वादे को याद दिलाया जाए। जब से वैश्वीकरण की आंधी चली है तबसे स्वास्थ्य तंत्र और भी बीमार हुआ है। इस दौर में स्वास्थ्य पर बढ़ते भूमंडलीकरण के खतरों के प्रति आम लोगों को चेताने की जिम्मेदारी लाज्मी है।

इन्हीं उद्देश्यों के मद्देनजर विगत 4–8 दिसंबर सन् 2000 में बांग्लादेश की राजधानी ढाका (सावेर) में प्रथम वैश्विक जन स्वास्थ्य असेम्बली का आयोजन किया गया। इसमें दुनिया के 93 देशों के लगभग डेढ़ हजार प्रतिनिधि शामिल हुए; इस असेम्बली में तय किया गया कि सबके लिए स्वास्थ्य के स्वप्न को साकार करने के लिए जन स्वास्थ्य अभियान को विस्तार दिया जाए और उदारीकरण, निजीकरण और वैश्वीकरण की घातक प्रक्रियाओं के विरोध के साथ स्वास्थ्य के मुद्दों पर सक्रिय सभी संगठनों, आंदोलनों व कार्यकर्ताओं को इसके अंतर्गत लाया जाए। इस असेम्बली में भारत से लगभग 180 प्रतिनिधियों ने भाग लिया था।

सभी के लिए स्वास्थ्य के मुद्दे पर वैश्विक समझ व एकता बनाने में यह असेम्बली मील का पत्थर साबित हुई।

भारत में जन–स्वास्थ्य अभियान

सारी दुनिया में जब 'सभी के लिए स्वास्थ्य' के नारे को साकार करने के लिए मुहिम शुरू हुई और इस हेतु संगठित होने की प्रक्रिया प्रारंभ हो गई, तब भारत भी इससे अछूता नहीं रहा। पहली वैश्विक जन स्वास्थ्य असेम्बली–बांग्लादेश में भाग लेने से पूर्व राष्ट्रीय जन स्वास्थ्य असेम्बली 30 नवंबर से 1 दिसंबर 2000 को कोलकाता में आयोजित की गई। इसमें देश के 19 राज्यों से लगभग 2000 प्रतिनिधियों ने भाग लिया। इस असेम्बली में राष्ट्रीय जन स्वास्थ्य अभियान के लिए प्रमुख लक्ष्यों की घोषणा हुई। इसमें वैश्वीकरण के दौर में भारतीय स्वास्थ्य व्यवस्था की स्थिति का आलोचनात्मक विश्लेषण किया गया और सभी के लिए स्वास्थ्य के मुद्दे पर कार्य करने के लिए 20 सूत्रीय जन स्वास्थ्य घोषणा–पत्र भी इस सम्मेलन में पारित किया गया। इसमें यह भी तय किया गया कि अभियान में शामिल संगठन एवं उनके नेटवर्क की संस्थाएं, लक्ष्य प्राप्ति के लिए आपसी समझ एवं अनुभवों को साझा करेंगे। भारत के करीब 22 राज्यों में जन स्वास्थ्य अभियान की राज्य इकाइयां हैं जो स्थानीय स्तर पर स्वास्थ्य के मुद्दों को समझते व संबोधित करते हुए उनके राष्ट्रीय व अंतर्राष्ट्रीय परिप्रेक्ष्य को समझने व समझाने के कार्यों में संलग्न हैं।

मध्यप्रदेश में जनस्वास्थ्य अभियान

राष्ट्रीय जन स्वास्थ्य अभियान के स्वरूप उद्देश्यों एवं लक्ष्यों को अपनाते हुए मध्यप्रदेश में भी राज्य स्तर पर जन स्वास्थ्य अभियान को सांगठनिक स्वरूप दिया गया। राष्ट्रीय असेम्बली 2000 के आयोजन से पूर्व मध्यप्रदेश के 30 जिलों में सर्वेक्षण द्वारा स्वास्थ्य सेवाओं की स्थिति का आंकलन किया गया। विकासखंड से लेकर जिला व क्षेत्रीय स्तरों पर कई स्वास्थ्य संगोष्ठियों व सम्मेलनों के आयोजन करते हुए प्रान्तीय असेम्बली का आयोजन नवंबर–2000 में किया गया। इन्हीं प्रमुख आयोजनों की प्रक्रिया के दौरान एक राज्य इकाई गठित की गई, जिसमें इस बात को प्रमुखता दी गई कि स्वास्थ्य से जुड़े स्थानीय मुद्दों को उभार देते हुए राष्ट्रीय व अंतर्राष्ट्रीय परिप्रेक्ष्य में 'सबके लिए स्वास्थ्य' एवं 'स्वास्थ्य का अधिकार' से जोड़कर उठाया जाएगा। मध्यप्रदेश में स्वास्थ्य से जुड़ी प्रमुख समस्याओं में भोपाल गैस त्रासदी से उपजी समस्यायें, विस्थापन से उपजी बीमारियां, प्राथमिक स्वास्थ्य सुरक्षा तंत्र का विखंडन, स्वास्थ्य सेवाओं का बढ़ता निजीकरण, कई क्षेत्रों में घटता लिंगनुपात, मातृ व शिशु मृत्युदर में इजाफा, बालिका भ्रूण हत्या, सुई से दिये जाने वाले गर्भ निरोधक महिलाओं पर बढती हिंसा के साथ–साथ कुपोषण की गंभीर स्थिति पर प्रमुखता से जन स्वास्थ्य अभियान द्वारा पहल की जाती है।

जनस्वास्थ्य अभियान के सामने लक्ष्य हैं :–

- स्वास्थ्य को सामाजिक, राजनैतिक व आर्थिक परिप्रेक्ष्य में व्यापक चर्चा का मद्दा बनाना।
- विभिन्न माध्यमों द्वारा जन स्वास्थ्य घोषणा पत्र को अमलीजामा पहनाने की प्रक्रिया अपनाना।
- सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवाओं के निजीकरण के सभी प्रयासों का विरोध करना।
- सरकारी स्वास्थ्य कार्यक्रमों व स्वास्थ्य सुविधा प्रदान करने वाले केन्द्रों के बेहतर संचालन हेतु दबाव बनाना।
- स्वास्थ्य सेवाओं व उपचार में अवैज्ञानिकता, अनैतिकता व शोषण का विरोध करना।
- निजी स्वास्थ्य सेवाएं सामाजिक नियंत्रण के दायरे में लाना।
- स्वास्थ्य के सभी मुद्दों पर खासतौर से महिलाओं एवं उपेक्षित तबकों के स्वास्थ्य के संबंध में जागरूकता लाना।
- वैश्वीकरण से लोगों के स्वास्थ्य और उनके जीवन पर पड़ने वाले बुरे प्रभावों का विरोध करते हुए विकल्प तैयार करना।
- एक सम्मानजनक एवं टिकाऊ जीविका के लिए सामाजिक, राजनैतिक, आर्थिक एवं सांस्कृतिक वातावरण तैयार करना ताकि व्यक्ति के मानसिक, शारीरिक व सामाजिक स्वास्थ्य पर विपरीत प्रभाव न पड़ सके।

जनस्वास्थ्य अभियान के कार्य :

- स्वास्थ्य से सम्बद्ध सभी मुद्दों पर अध्ययन एवं शोध करना।
- स्वास्थ्य के विभिन्न पक्षों पर केस स्टडी तैयार करना।
- जनसंवाद एवं संगोष्ठियों के माध्यम से स्थानीय स्तर पर जागरूकता उपजाना।
- स्वास्थ्य के विभिन्न मुद्दों पर पुस्तकें, बुकलेट, पोस्ट, गीत व नाटक तैयार करना।
- स्थानीय मुद्दों को उठाने एवं अनुभवों को साझा करने हेतु स्वास्थ्य पर जन सुनवाइयों, संगोष्ठियों सम्मेलनों एवं कार्यशालाओं का आयोजन करना।
- स्वास्थ्य सेवाओं व नीतियों को जनोन्मुखी बनाने हेतु लोगों को संगठित कर राज्य पर दबाव बनाना।

- शासन द्वारा संचालित स्वास्थ्य कार्यक्रमों व प्रदान की जा रही सेवाओं को जांचना व आंकना।
- जन स्वास्थ्य योजना तैयार करना।

राज्य स्तर पर अब तक सम्पन्न उल्लेखनीय कार्य :

01. **पहली राष्ट्रीय जन स्वास्थ्य असेम्बली** – 2002 से पूर्व प्रदेश के 30 जिलों में जन स्वास्थ्य की स्थिति का सर्वेक्षण।

02. **खाद्यान्न सुरक्षा योजनाओं की स्थिति का अध्ययन** – मध्यप्रदेश के 12 एवं छत्तीसगढ़ के एक जिले के 24 विकासखंडों के 202 गांवों में खाद्यान्न सुरक्षा से संबंधित आठों राष्ट्रीय योजनाओं के अध्ययन में पाया गया कि इनका लाभ कुल हितग्राहियों की आधी संख्या को भी नहीं मिल पा रहा है और इनके क्रियान्वयन में गंभीर खामियां देखी गई।

03. **राज्य स्तरीय स्वास्थ्य सेवाओं/योजनाओं का आंकलन** – स्वस्थ जीवन सेवा गारंटी योजना, जन स्वास्थ्य रक्षक और अन्य योजनाओं के आकलन में यह पाया गया कि सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवाएं बेहतर स्थिति में नहीं हैं। बजट की कमी और भारी अव्यवस्थाएं उचित क्रियान्वयन में रोड़ा बन रही हैं। आवश्यक स्टाफ व दवाओं की कमी भी बड़ी विकृतियां हैं। विभिन्न अध्ययनों में यह भी पाया गया कि राज्य में स्वास्थ्य व्यवस्था राष्ट्रीय औसत से बहुत पीछे हैं। बेहतर नीतियों के अभाव में केन्द्र की सहायता प्राप्त योजनाएं, जैसे – राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन व अन्य स्वास्थ्य कार्यक्रमों का समुचित क्रियान्वयन नहीं हो पा रहा है।

04. **स्वास्थ्य सुरक्षा के अधिकार पर जनसुनवाई** – राष्ट्रीय जन स्वास्थ्य अभियान एवं राष्ट्रीय मानवाधिकार आयोग के सहयोग से भोपाल में पश्चिमी राज्यों में स्वास्थ्य सेवाओं की स्थिति पर जन सुनवाई आयोजित की गई। इसमें महाराष्ट्र, मध्यप्रदेश, गुजरात, गोवा व राजस्थान से कई केस अध्ययनों को प्रस्तुत किया गया।

05. **जनसंख्या नियंत्रण की नीति का अध्ययन** – मध्यप्रदेश सरकार द्वारा जनसंख्या नियंत्रण के नाम पर पंचायत व बच्चे होने का नियम लागू किया गया था। इस कारण उन्हें कई व्यावहारिक समस्याओं का सामना करना पड़ा। इस नियम से खासकर महिलाओं पर कई प्रकार के शोषण बढ़े। इस नियम के प्रभावों का अध्ययन मध्यप्रदेश के चौदह जिलों में दिल्ली की 'समा' नामक संस्था के साथ किया गया। बाद में सरकार ने इस नियम को वापस ले लिया।

06. **मानसिक स्वास्थ्य पर पहल** – मानसिक स्वास्थ्य हेतु जन–जागृति उपजाने तथा इसकी सम्पूर्णतावादी समझ विकसित करने के लिए 'जन–मन' नामक इकाई का गठन किया गया। इसके अंतर्गत मानसिक रोगों पर व्याप्त भ्रांन्तियों को दूर करने, महिलाओं पर होने वाली हिंसा से उपजने वाली मानसिक समस्याओं पर परामर्श देने जैसी अन्य गतिविधियां शामिल हैं।

07. **राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के कियान्वयन का अध्ययन** – नेशनल रूरल हेल्थ वॉच के अंतर्गत प्रदेश के 20 जिलों के 40 विकासखंडों में स्वास्थ्य केन्द्रों की स्थिति, आशा की नियुक्ति और स्वास्थ्य मिशन के अन्य घटकों का अध्ययन किया गया।

08. **डिपो प्रोवेरा, नेट–** एन (गर्भ निरोधक सुई) एवं बालिका भ्रूण हत्या के खिलाफ अभियान।

09. **मातृ मृत्यु दर में वृद्धि के खिलाफ अभियान** – म.प्र. के पांच जिलों, ग्वालियर, मुरैना, भिंड, शिवपुरी व श्योपुर में मातृ मृत्यु दर में जारी वृद्धि के कारणों पर सर्वेक्षण व जागरूकता हेतु कई गतिविधियां की गईं।

10. भोपाल में दूसरी राष्ट्रीय जन स्वास्थ्य असेम्बली का आयोजन

जन स्वास्थ्य अभियान द्वारा वर्ष 2000 में कलकत्ता में प्रथम जन स्वास्थ्य सभा का आयोजन किया गया था। तत्पश्चात वर्ष 2007 में भोपाल में द्वितीय राष्ट्रीय जन स्वास्थ्य सभा का आयोजन किया गया है। सभा में 26 देशों के प्रतिनिधियों सहित देश के 2500 से ज्यादा प्रतिनिधियों ने भागीदार की।

सभा में भूमण्डलीकरण के दौर में स्वास्थ्य तंत्र के समक्ष चुनौतियाँ, भूमण्डलीकरण के दौर में भोजन, पानी व सुरक्षित पर्यावरण पर प्रभाव, निजी क्षेत्र को नियमीकरण आदि का सम्मेलन आयोजित किये गये व आदिवासी स्वास्थ्य, बच्चों के लिए भोजन का अधिकार, एचआईवी/एड्स, पंचायती राज्य संस्थाऐं और स्वास्थ्य, लिंग आधारित गर्भपात, मानसिक स्वास्थ्य पर्यावरण एवं स्वास्थ्य जन्य या स्वास्थ्य, गुजरात पब्लिक एक्ट, माइक्रो न्यूट्रियेन्ट, पोलियो मुलन का भारत में () शहरी स्वास्थ्य, वैकल्पिक स्वास्थ्य, चर्चायें एवं टिकाऊ विकास, स्वास्थ्य सेवाओं में मानव संसाधन, महिलाओं विरूद्ध हिंसा, भोपाल गैस कांड, पेटेन्ट एवं भारतीय पेटेन्ट नियम, विकलांगता एवं समुदाय आधारित स्वास्थ्य सेवाओं निगरानी पर कार्यशालाऐं की गई।

सभा जन स्वास्थ्य अभियान के लिए मील का पत्थर साबित हुई व भविष्य में इसके कार्यक्रमों व दिशा देने का कार्य करती है।

परिचय

पृष्ठभूमि – राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन

संयुक्त प्रगतिशील गठबंधन (संप्रग) सरकार ने ग्रामीण जनता के स्वास्थ्य तथा प्राथमिक स्वास्थ्य रक्षा तक पहुंच सुनिश्चित करने के लिए साझा न्यूनतम कार्यक्रम में किए वादे के अनुसार अप्रैल 2005 में राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (एनआरएचएम) की घोषणा की।

मिशन का उद्देश्य 2005–2012 के बीच देश भर में ग्रामीण जनसंख्या को प्रभावी स्वास्थ्य रक्षा उपलब्ध कराना है। इसका जोर खासकर कमजोर सार्वजनिक स्वास्थ्य ढांचे वाले 18 राज्यों पर था। इसका उद्देश्य लोगों की स्वास्थ्य दशाओं में उल्लेखनीय परिवर्तन लाना तथा समतापूर्ण, वहन करने योग्य एवं गुणवत्तापूर्ण स्वास्थ्य सेवा तक सबकी पहुंच सुनिश्चित करना था।

ऐसा पहली बार नहीं था जब सरकार ने देश में सार्वजनिक स्वास्थ्य व्यवस्था और सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवाओं की समस्याओं को स्वीकार किया था। भोर समिति के प्रस्तुत होने और प्रथम पंचवर्षीय योजना के समय से अनेक समितियां गठित कर समस्याएं पता लगाने के प्रयास किये गये। इन समितियों ने देश में समग्र स्वास्थ्य ढांचे में सुधार के लिए1970 के दशक तक अनेक सिफारिशें की थीं। इनका जोर सभी तबके के लोगों की निःशुल्क स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुंच बनाने के लिए इनको ग्रामीण जनता की आवश्यकताओं के अनुकूल बनाने पर था। इसके बावजूद आज तक यह लक्ष्य पूरा होना बाकी है।

मिशन का जन्म अनेक राज्यों में स्वास्थ्य क्षेत्र में जारी सुधारों के एक चरण पर हुआ। इनमें से कुछ सुधारों का प्रयास खराब ग्रामीण स्वास्थ्य ढांचे को सुधारने पर केन्द्रित था। इन सुधारों की शुरूआत 1990 के दशकारंभ में हुई और इनका वित्तपोषण विश्व बैंक तथा यूरोपीय आयोग जैसे अंतर्राष्ट्रीय संस्थानों द्वारा किया गया। ये सुधार अनेक स्तरों पर हो रहे हैं जैसे ढांचागत और कार्यकारी स्तर पर, वित्तपोषण के स्तर पर, प्रशासन संबंधी तथा सार्वजनिक निजी सहभागिता (पीपीपी) के अंतर्गत निजी क्षेत्र को शामिल करने आदि के द्वारा। स्वास्थ्य सेवाओं में बेहतरी के बजाय इन सुधारों ने एक ओर पहले से ही कमजोर प्राथमिक स्वास्थ्य ढांचे को और कमजोर किया है तथा दूसरी ओर अनियंत्रित निजी क्षेत्र की प्रगति को और प्रोत्साहित तथा मजबूत किया है। इसके साथ ही नीतिगत परिवर्तन न केवल विश्व बैंक बल्कि अन्य 'विकास सहभागी' कहे जाने वाले संस्थानों यूरोपीय आयोग एवं विश्व स्वास्थ्य संगठन द्वारा भी निर्देशित हैं। इससे वर्तमान सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रावधानों को ग्रामीण स्वास्थ्य ढांचे द्वारा समग्र प्राथमिक स्वास्थ्य रक्षा के बजाय कुछ चयनित 'लागत प्रभावी' हस्तक्षेपों और पैकेजों में बदल दिया गया है।

सार्वजनिक स्वास्थ्य व्यवस्था में एक बड़े तबके की स्वास्थ्य स्थितियों में भारी संकट तथा सरकार द्वारा सभी को प्राथमिक स्वास्थ्य रक्षा उपलब्ध कराने के लक्ष्य से पीछे हटने के इस समय में सरकार ने राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन शुरू किया है। इसे सरकार के एक प्रमुख कार्य के रूप में प्रस्तुत किया जा रहा है।

राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन – लक्ष्य और रणनीतियां

इसके लक्ष्य हैं–

- समग्र समन्वित प्राथमिक स्वास्थ्य रक्षा तक पहुंच।
- समतापूर्ण, खर्च वहन करने योग्य, प्रभावी, जवाबदेह एवं प्रभावी प्राथमिक स्वास्थ्य रक्षा तक ग्रामीण जनता की पहुंच बेहतर बनाना।

- महिलाओं और बच्चों के पोषण, टीकाकरण, पानी, सफाई व स्वास्थ्य तक सबकी पहुंच।
- नवजात मृत्यु दर तथा मातृत्व मृत्यु दर (आईएमआर व एमएमआर) में कमी, संक्रामक तथा असंक्रामक बीमारियों पर नियंत्रण, जनसंख्या स्थिरीकरण तथा लैंगिक एवं जनसंख्या में संतुलन स्थापित करना।
- सार्वजनिक स्वास्थ्य पर खर्च को सकल घरेलू उत्पाद के 2–3 प्रतिशत तक पहुंचाना तथा समुदाय द्वारा वित्त पोषण व जोखिम उठाने को मजबूत बनाना।
- आयुष (आयुर्वेद, योग, यूनानी, होम्योपैथी एवं सिद्ध) को मुख्यधारा में लाकर सार्वजनिक स्वास्थ्य व्यवस्था में जोड़ना।
- ये लक्ष्य प्राप्त करने के लिए निम्न रणनीतियां हैं –
- महिला स्वास्थ्य कार्यकत्री–आशा–के माध्यम से परिवार के स्तर पर स्वास्थ्य तक पहुंच बनाना। राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के अंतर्गत आशा को मुख्य रणनीतिक हस्तक्षेप के तौर पर प्रस्तुत किया जा रहा है। इस प्रकार स्वास्थ्य रक्षा सेवाओं को प्रत्येक ग्रामीण परिवार के दरवाजे तक ले जाया जा रहा है।
- स्वास्थ्य व्यवस्था में ढांचागत सुधार ताकि यह बढ़े हुए आवंटन का समुचित उपयोग कर सके। इसके साथ ही सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रबंधन व सेवा प्रदान करने में बेहतरी की नीतियां।
- जिला स्तर पर विकेन्द्रित प्रबंधन द्वारा स्वास्थ्य चिंताओं को प्रभावी रूप में पहुंचाना।
- सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवाओं के स्वामित्व, नियंत्रण एवं प्रबंधन में पंचायती राज संस्थाओं को शामिल करना।
- पंचायत की ग्राम स्वास्थ्य समितियों के माध्यम से प्रत्येक गांव के लिए स्वास्थ्य योजना तैयार करना।
- मुक्त धन के प्रावधान द्वारा उप–केन्द्रों को मजबूत करना। स्थानीय योजना और कार्रवाई को मजबूत कर अधिक बहूउद्देशीय कर्मियों को काम पर लगाना।
- प्राथमिक स्वास्थ्य प्रबंधन के सभी स्तरों पर तकनीकी सहायता।
- सार्वजनिक स्वास्थ्य लक्ष्य प्राप्त करने के लिए सार्वजनिक–निजी सहभागिता (पीपीपी) को प्रोत्साहित करना।
- गुणवत्तापूर्ण सेवा सुनिश्चित करने के लिए रजिस्टर्ड मेडिकल प्रेक्टिशनर (आरएमपी) सहित निजी क्षेत्र का नियमन।
- ग्रामीण स्वास्थ्य मुद्दों की सहायता के लिए चिकित्सा शिक्षा को पुनः लक्षित करना।
- सामाजिक स्वास्थ्य बीमा और जोखिम उठाने की व्यवस्था।

राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ मिशन के इस दृष्टिकोण और लक्ष्यों को परिभाषित करने के लिए एक विस्तृत ढांचा तैयार किया गया है। सात वर्षों में इनको प्राप्त करने की रणनीतियां भी इसमें शामिल हैं।

जन स्वास्थ्य अभियान के अनेक सदस्य राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन बनाने की प्रक्रिया में सलाहकार की तरह शामिल थे, पर उनकी सलाहों और सुझावों को शामिल किया जाना संतोषजनक नहीं रहा। इसके साथ ही पुरानी नीतियों का कोई व्यवस्थित अध्ययन नहीं किया गया और शायद भूतकाल से कोई सबक नहीं सीखा गया।

जन स्वास्थ्य अभियान द्वारा जनता की ग्रामीण स्वास्थ्य निगरानी

वर्ष 2000 तक सबके लिए स्वास्थ्य प्राप्त करने की प्रतिबद्धता पर जोर देने के लिए अनेक स्वास्थ्य नेटवर्कों के नेटवर्क के तौर पर जन स्वास्थ्य अभियान वर्ष 2000 में अस्तित्व में आया। जन स्वास्थ्य चार्टर स्वीकार होने के बाद इसने अनेक गतिविधियां कीं। राष्ट्रीय स्तर पर की गई तीन गतिविधियों में, राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति–2002 पर प्रतिक्रिया, स्वास्थ्य अधिकार अभियान तथा राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन तैयार करने में हमारा हस्तक्षेप शामिल है। राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति–2002 पर जन स्वास्थ्य अभियान का विचार था कि यह नीति पूर्व की राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति की अनेक स्थितियों से वापस लौटना था जिससे स्वास्थ्य असमानतायें बढ़ेंगी। हालांकि हम हम दावा नहीं कर सकते हैं कि इस हस्तक्षेप का अंतिम नीति बनाने पर बहुत कम प्रभाव पड़ा। जन स्वास्थ्य अभियान तथा उससे जुड़े अनेक संगठनों का तीसरा मुख्य योगदान राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य अभियान को बनाने में रहा। राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति–2000 के मामले के उलट इस बार राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन बनाने में उसके अनेक सुझावों को शामिल किया गया। इस हस्तक्षेप के कारण इसकी दिशा जनता के पक्ष में रही। (इन तीन हस्तक्षेपों के अलावा जन स्वास्थ्य अभियान में शामिल अनेक संगठनों की स्वतंत्र गतिविधियों ने स्वास्थ्य रक्षा रणनीतियां बनाने तथा उसकी गुणवत्ता बेहतर बनाने में महत्वपूर्ण योगदान दिया।)

इन हस्तक्षेपों के परिणामस्वरूप हम आज ऐसी स्थिति में हैं जहां अनेक प्रमुख नीतियों और रणनीतियों में हमारे विचार शामिल किये गये हैं। हालांकि हमारे अनेक महत्वपूर्ण सुझावों को तमाम प्रयासों के बावजूद स्थान नहीं मिला है। राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन में जन स्वास्थ्य अभियान की शामिल अनेक रणनीतियों में सार्वजनिक स्वास्थ्य व्यवस्था, खासकर प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र को मजबूत करना एक महत्वपूर्ण उपलब्धि है। जन स्वास्थ्य अभियान द्वारा कहा गया कि सार्वजनिक स्वास्थ्य लक्ष्यों की पूर्ति में निजी क्षेत्र को स्थान दिलाने के प्रयासों को असमानतापूर्ण सार्वजनिक–निजी सहभागिता (पीपीपी) जल्द से लागू करने का बहाना नहीं बनाया जाना चाहिये। राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन लागू किये जाने के इस समय में अनेक राज्यों में निजी क्षेत्र के साथ सहयोग घोषित करने की योजनाओं की जल्दी देखने में आती है पर सार्वजनिक स्वास्थ्य व्यवस्था को मजबूत करने के कदम बहुत धीमे या आधे–अधूरे तरीके से उठाये जा रहे हैं। इससे यह खतरा पैदा हो गया है कि जिन–स्वास्थ्य अभियान द्वारा सरकारी नीतियों में शामिल कराये अनेक सुझावों को रणनीतियों में ठीक से शामिल न किया जाये तथा लागू करने के स्तर पर, उन पर गंभीरतापूर्वक प्रयास करने के बजाय 'प्रमाणों' के अभाव में अव्यावहारिक बना कर उनको खारिज कर दिया जाये। इसके साथ ही बिना किसी प्रमाण की प्रतीक्षा किये 'कोई विकल्प नहीं' तथा 'नये समाधानों पर काम करने' के बहाने निजीकरण को प्रोत्साहित करने वाले उपाय मजबूत हो सकते हैं।

ग्रामीण स्वास्थ्य के जन सर्वेक्षण की अवधारणा जन स्वास्थ्य अभियान द्वारा स्वास्थ्य रक्षा अभियान अधिकार के दौरान तथा राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन शुरू करने के समय सामने आई थी। स्वास्थ्यरक्षा अभियान के अंतर्गत जन–सुनवाई के दौरान यह स्पष्ट हो गया था कि समस्यायें अलग–अलग मामलों के बजाय व्यवस्था के कारण अधिक हैं। ग्रामीण स्वास्थ्य व्यवस्था में सुधार के राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के उद्देश्यों को देखते हुए, ग्रामीण स्वास्थ्य के जन–सर्वेक्षण को ग्रामीण स्वास्थ्य व्यवस्था की क्षमता देखने, इसका विश्लेषण करने, लागू करने में सामने आने वाले मुद्दों को पहचानने, इसमें बेहतरी के लिए आवश्यक जानकारी देने तथा मिशन के संदर्भ में संभावित नकारात्मक प्रवृत्तियों को रोकने के तौर पर देखा गया।

ग्रामीण स्वास्थ्य जन सर्वेक्षण योजना को जनवरी 2006–2008 तक दो साल की एक गतिविधि के तौर पर देखा गया। इस रिपोर्ट में इस कालखंड में एकत्रित सूचनाओं तथा उनके विश्लेषण को शामिल किया गया है।

मध्यप्रदेश में जन ग्रामीण स्वास्थ्य निगरानी की रिपोर्ट 2008

म.प्र. देश के सबसे बड़े राज्यों में से एक है। प्रारंभ में बीमारू कहे जाने वाले राज्यों में इसकी गणना होती रही है। स्वास्थ्य सेवाओं के विस्तार के साथ सूचकांक में कुछ परिवर्तन तो हुआ है परन्तु अपेक्षित सुधार अभी भी नहीं हो सका है। देश में राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के 2005 में शुरूआत के साथ ही म.प्र. में भी इसे प्रारंभ किया गया । मिशन के अंतर्गत अपेक्षित गतिविधियां जिनमें आशा का चयन, स्वास्थ्य केन्द्रों का उन्नयन, चिकित्सकीय एवं गैर चिकित्सकीय कर्मचारियों की पोस्टिंग, रोगी कल्याण समितियों का गठन आदि किया गया है।

मिशन के अंतर्गत म.प्र. में अनेक नये कार्यक्रम भी प्रारंभ किये गये हैं जिन्हें राष्ट्रीय स्तर पर मान्यता प्राप्त हुई है इनमें रोगी कल्याण समिति एवं जननी एक्सप्रेस योजना आदि प्रमुख हैं।

म.प्र जनस्वास्थ्य अभियान 39 संस्थाओं एवं नेटवर्क का मंच है। ये सभी संस्थायें स्वतंत्र एवं स्वैच्छिक व बिना किसी धन राशि के जन स्वास्थ्य अभियान में सम्मिलित हैं। वर्ष 2006 से म.प्र. जन स्वास्थ्य अभियान ने प्रदेश के ग्रामीण इलाकों में स्वास्थ्य की स्थिति का आंकलन किया एवं पाया कि सार्वजनिक स्वास्थ्य की मजबूती के लिये काफी काम करने की आवश्यकता है तभी लोगों का विश्वास शासकीय चिकित्सा तंत्र पर होगा। वर्ष 2006 एवं 2007 में सर्वेक्षित जिलों की सूची निम्नानुसार है –

क्र.	जिला	2006	2007
1.	छिन्दवाड़ा	म.प्र विज्ञान सभा	म.प्र विज्ञान सभा, म.प्र भारत ज्ञान विज्ञान समिति
2.	सिवनी	दीप ज्योति संस्था	दीप ज्योति संस्था
3.	डिंडौरी	म.प्र भारत ज्ञान विज्ञान समिति	–
4.	मंडला	म.प्र भारत ज्ञान विज्ञान समिति	–
5.	बैतूल	म.प्र भारत ज्ञान विज्ञान समिति	–
6.	बालाघाट	म.प्र भारत ज्ञान विज्ञान समिति	–
7.	सतना	अनुपमा एजूकेशन सोसायटी	अनुपमा एजूकेशन सोसायटी
8.	शहडोल	म.प्र भारत ज्ञान विज्ञान समिति	–
9.	बड़वानी	साथी सेहत, आशा ग्राम ट्रस्ट	साथी सेहत, आशा ग्राम ट्रस्ट
10.	सीधी	ग्राम सुधार समिति	ग्राम सुधार समिति
11.	झाबुआ	म.प्र भारत जन विज्ञान समिति	शिल्पी केन्द्र
12.	धार	म.प्र भारत ज्ञान विज्ञान समिति	शिल्पी केन्द्र
13.	भिण्ड	म.प्र भारत ज्ञान विज्ञान समिति	म.प्र भारत ज्ञान विज्ञान समिति
14.	भोपाल	दिव्य ज्योति संस्थान	–
15.	रायसेन	दिव्य ज्योति संस्थान, जागरण	जागरण
16.	सीहोर	म.प्र भारत ज्ञान विज्ञान समिति	दिव्य ज्योति संस्थान
17.	हरदा	–	समावेश
18.	खरगौन	–	शिल्पी केन्द्र
19.	देवास	–	शिल्पी केन्द्र
20.	इंदौर	–	शिल्पी केन्द्र

सर्वेक्षण की प्रक्रिया :

सर्वेक्षण हेतु सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र, प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र, उप स्वास्थ्य केन्द्र में चिकित्सा सुविधाओं की जानकारी, सामुदायिक व प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र प्रभारी, ए.एन.एम., आशा से साक्षात्कार किया गया । गॉव के लोगों से समूह चर्चा, अस्पताल में इलाज कराकर लौट रहे मरीजों से भी चर्चा की गई। विभिन्न सर्वेक्षणों के आंकड़ों, शासकीय रिपोर्टों एवं अन्य रिपोर्टों के संकलन का भी प्रयास किया गया है। सर्वेक्षण प्रपत्र जन स्वास्थ्य अभियान द्वारा राष्ट्रीय स्तर पर तैयार किये गये जिन्हें राज्य स्तर पर प्रशिक्षण देकर सर्वेक्षण कर्ताओं को सर्वेक्षण हेतु भेजा गया । स्वयंसेवी संस्थाओं ने स्वयं के व्यय पर यात्रा आदि करके सर्वेक्षण को करने में मदद की।

मध्यप्रदेश की सामान्य जानकारी

मध्यप्रदेश की जनसंख्या जनगणना 2001 के अनुसार 6,03,85,118 है जिसमें अनुसूचित जाति 15.4 प्रतिशत एवं जनजाति 19.44 प्रतिशत है। प्रदेश में अनुसूचित जाति एवं जन जाति राष्ट्रीय औसत की तुलना में कहीं ज्यादा है।

मातृत्व मृत्यु दर एवं शिशु मृत्यु दर के आधार पर प्रदेश–देश के सबसे पिछड़े राज्यों में शामिल होता है। निम्न तालिका में दिये गये हैं।

प्रमुख स्वास्थ्य के आंकड़े

क्रमांक	सूचकांक	मध्यप्रदेश	भारत
1.	जनसंख्या	60.38	1026.61
2.	वृद्धि दर	24.26	21.54
3.	कुल प्रजनन दर	3.6	2.9
4.	बाल मृत्यु दर (प्रति हजार जीवित जन्म पर)	70	58
5.	गरीबी रेखा के नीचे की जनसंख्या	37.48%	26.10%
6.	अनुसूचित जाति जनसंख्या	15.4%	8.10%
7.	अनुसूचित जनजाति जनसंख्या	19.94%	8.2%
8.	लिंग अनुपात	919	933

(स्रोत –जनगणना 2001 एवं एन.एफ.एच.एस–3)

पिछले कुछ समय में नीतियों के परिवर्तन, स्वास्थ्य सुविधाओं की कमी, खेती की खराब हालात आदि के कारण अनेक महत्वपूर्ण स्वास्थ्य सूचकांक गिरावट आई है जो यह बतलाते हैं कि प्रदेश में स्वास्थ्य की स्थिति खराब हुई है।

क्रमांक	सूचकांक	एन.एफ.एच.एस.–2	एन.एफ.एच.एस.–3
1.	गर्भवती महिलाओं में खून की कमी	49.9%	57.5%
2.	बच्चों में खून की कमी	71.3%	82.0%
3.	बच्चों में कुपोषण	54%	60%
4.	अत्यन्त कुपोषित बच्चे	20%	33%

स्वास्थ्य को पहुचाने का ढॉचा लगातार उपेक्षा के चलते गंभीर हालत में है। पिछले 10 वर्षों से 13 पोस्ट डाइंग केडर में है जिनमें रेडियो ग्राफर, लेब टेक्नीशियन, कम्पाउन्डर, ड्रेसर, फार्मासिस्ट, वार्ड ब्वाय आदि शामिल हैं। फल स्वरूप इनकी जबरदस्त कमी है । वर्ष 1996 के बाद डाक्टरों के लिए नियमित पीएससी नहीं की गई है। जिसके कारण ग्रामीण क्षेत्रों में डाक्टरों की कमी है । डी.पी.सी. न होने के कारण विशेषज्ञ तथा अन्य अधिकारियों की भी कमी हुई है जो निम्न तालिका से स्पष्ट है ।

क्रमांक	पद	आवश्यकता	उपलब्ध	कमी
1.	विशेषज्ञ	2204	332	1872
2.	मेडिकल आफिसर	4708	3039	1659
3.	स्टाफ नर्स	2800	2600	200
4.	ए.एन.एम.	10285	9807	1098
5.	फार्मासिस्ट	1421	216	1205
6.	लेबोरेटरी टेक्नीशियन	1421	386	1035
7.	बहुउद्देशीय पुरूष कार्यकर्ता	8874	902	1893
8.	नर्स/मिड वाईफ	2795	902	1893
9.	आशा	52143	40549	11594

(स्रोत : एनआरएचएम बुलेटिन एवं पीआईपी व प्रशासनिक प्रतिवेदन 2007–08 मप्र)

सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र 1,00,000 जनसंख्या पर बनाये जाते हैं । आदिवासी/पहाड़ी इलाकों में यह 80,000 जनसंख्या पर होते हैं । प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र 30,000 की जनसंख्या पर होना चाहिए । आदिवासी/पहाड़ी क्षेत्र में यह 20,000 की जनसंख्या पर होना चाहिए । उप स्वास्थ्य केन्द्र 5,000 की जनसंख्या पर होते हैं आदिवासी/पहाड़ी क्षेत्र में यह 3,000 की जनसंख्या पर होना चाहिए । वर्ष 2001 में की गयी जनगणना के अनुसार हमारे प्रदेश में स्वास्थ्य संस्थाओं की काफी कमी है । जो निम्नतालिका में दी गयी है ।

क्रमांक	स्वास्थ्य केन्द्र	उपलब्ध	अतिरिक्त आवश्यकता
1.	जिला अस्पताल	47	1
2.	सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र	229	188
3.	प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र	1192	478
4.	उपस्वास्थ्य केन्द्र	8874	1528

(स्रोत : मप्र पीआईपी)

हमारे प्रदेश में देश की तुलना में आदिवासियों की जनसंख्या कहीं ज्यादा है प्रदेश के प्रोजेक्ट इम्प्लीमेंटेशन प्लान में आदिवासियों व अनुसूचित जातियों की खराब स्वास्थ्य स्थितियों के बारे में उल्लेख किया गया है। स्वास्थ्य सुविधाओं के अनुपातिक अध्ययन से हम पाते हैं कि आदिवासी इलाकों में इनकी कमी कहीं ज्यादा है। निम्नतालिका से यह परिलक्षित होता है।

क्रमांक	संस्थायें / कर्मचारी	आवश्यकता	उपलब्ध	कमी
1.	सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र	143	85	58
2.	प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र	572	399	225
3.	उप स्वास्थ्य केन्द्र	3815	2917	898
4.	प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र पर डॉक्टर	349	166	183
5.	ए.एन.एम.	2917	2419	498
6.	पुरूष स्वास्थ्य कार्यकर्ता	2917	2419	498

(स्रोत : मप्र पीआईपी 07–08)

राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के अंतर्गत दी गई गारंटियों की स्थिति –

1. आशा :– राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन में गारंटी की गई है कि प्रत्येक गॉव में एक महिला का चयन किया जाएगा जो स्वास्थ्य संबंधी कार्य में समाजसेवी कार्यकर्ता की भूमिका अदा करेगी।

2005 में कार्यक्रम प्रारंभ करते समय जन स्वास्थ्य अभियान ने इसका स्वागत किया परन्तु साथ ही आशा की अवधारणा एवं कार्य की परिस्थिति के बारे में चेतावनी भी दी।

तीन साल गुजर जाने के बाद हम देखते हैं कि उन आशंकाओं में से अधिकतर आशंकाएँ सही साबित हो रही हैं । कार्यक्रम में आशा को एक्रीडेटिड सोशल हेल्थ एक्टीविस्ट कहा गया है जो सामाजिक गतिशीलता में तेजी एवं स्वास्थ्य विभाग के कार्यक्रमों, ए.एन.एम. के गॉव भ्रमण, आंगनवाडी की गतिविधियों आदि की निगरानी करने में समाज को सहायता करेगी।

आशा कार्यक्रम के विभिन्न पहलुओं पर वर्ष 2006 में 16 जिलों में 67 आशा से संपर्क किया गया व वर्ष 2007 में 14 जिलों की 43 आशा से सम्पर्क किया गया। प्राप्त जानकारी निम्नानुसार है।

अ. चयन :– आशा के लिए प्रावधान है कि आशा का चयन प्रत्येक गॉव में किया जाएगा। हमारे प्रदेश में कुल 52143 आबाद गांव हैं। जिनमें केवल 40549 आशा का चयन किया गया है। 11594 आशा का और चयन किया जाना चाहिए। आदिवासी तथा पहाड़ी गावों में आशा का चयन प्रत्येक टोले/ढ़ाने में किया जाना चाहिए। इस हिसाब से अगर हम देखें तो कम से 20,000 आशा का चयन और होना चाहिए। कुछ आशा के ऊपर 4–5 गांवों तक का कार्य है।

जैसा कि आशंका की गयी थी कि आशा के ए.एन.एम. से संबंध एवं आंगनबाड़ी पर निर्भरता तथा पंचायतों के दवाब के कारण उसकी कार्यकर्ता की भूमिका से समझौता होगा। क्षेत्र में यही देखने को मिल रहा है । गुना में सरपंचों के रिश्तेदार आंगनबाड़ी कार्यकर्ता हैं अतः मिलने वाले मानदेय के कारण गुना में यह प्रयास किया गया कि जिन गांवों में आंगनबाड़ी है वहां आशा का चयन न किया जाये, तो छिन्दवाड़ा में आशा के चयन के दूसरे चरण में महिला बाल विकास की केन्द्रीय भूमिका होने के कारण आंगनबाड़ी कार्यकर्ता की पंसदीदा महिला को चुना गया जो उसकी सहायिका के रूप में कार्य कर रही है।

छिन्दवाड़ा जिले के आदिवासी बहुत तामिया ब्लाक में 169 गांव हैं वहां 113 आशा का ही चयन हुआ है। इनमें 32 आशा को पहिला प्रशिक्षण प्राप्त हुआ है। 20 ने दूसरा प्रशिक्षण प्राप्त किया है। अन्य का प्रशिक्षण किया जाना है। चयन में 8 वीं पास की बाध्यता भी एक रूकावट रही है । वर्ष 2007 में सर्वेक्षित आशाओं में केवल 4.65 प्रतिशत आशाएं ही 8वीं से कम पढ़ी है। आदिवासी इलाकों में पढ़ी–लिखी महिलायें मिलना काफी मुश्किल है। अतः वहां गाइड लाईन के हिसाब से कम पढ़ी लिखी महिला को भी चुना जाना चाहिए। हालांकि उसे विशेष प्रशिक्षण की आवश्यकता होगी।

ब. प्रशिक्षण :– आशा के प्रशिक्षण में न केवल स्वास्थ्य के बारे में बल्कि सामाजिक गतिशीलता, आत्मविश्वास बढ़ाने वाले तत्वों की भी आवश्यकता है। इस हेतु प्रशिक्षण कार्यक्रम एवं विधि में भी नवीनता की जरूरत है। कुछ स्थानों पर नवाचार किया गया है (6.15%)। ज्यादातर मामलों में पारंपरिक तरीके से ही प्रशिक्षण दिया गया।

प्रशिक्षण में आशा के काम, सामान्य बीमारियॉं, कुपोषण, स्वच्छता, जननी सुरक्षा योजना को प्रमुखता से शामिल किया गया। सीधी एवं सिवनी की आशा ने बतलाया कि लगभग सभी विषयों को सामान्य रूप से बतलाया गया अन्य जिलों में किसी एक विषय को ही ज्यादा महत्व दिया गया।

स. मानदेय :– आशा के मानदेय को लेकर स्थिति काफी अस्पष्ट है। ज्यादातर आशा को स्वयं अपने मानदेय की सही राशि अथवा अधिकारों का ज्ञान नहीं है। विशेष रूप से जननी सुरक्षा योजना में यात्रा व्यय को लेकर काफी भ्रांति है। शासन के प्रावधान के अनुसार जहॉं जननी एक्सप्रेस योजना प्रारम्भ हुई है वहां प्रेरक के मानदेय में से रूपये 250/– काटकर जननी एक्सप्रेस को भुगतान के लिए दिये जा रहे हैं।

आशा को जननी सुरक्षा योजना, टीकाकरण, टी.बी., तथा पल्स पोलियों के काम के लिए मानदेय प्राप्त हुआ। 2007 में आशा से सर्वेक्षण में पता चला कि 4.65% को 2000/– रूपये से अधिक मानदेय प्राप्त हुआ है जबकि 11.62% को 1000–2000 के मध्य, 39.5% को 500–1000 के मध्य, 20.9% को 500/– रूपये से कम मानदेय मिला है। 23% को कोई मानदेय प्राप्त नहीं हुआ।

इस मानदेय को प्राप्त करने के लिए उन्हें प्रत्येक मानदेय के लिए 2 से 3 बार सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र जाना पड़ा जिसमें लगभग 50/– रूपये प्रति हितग्राही खर्च हो जाते हैं। जननी सुरक्षा योजना की प्रोत्साहन राशि भुगतान के लिए औसतन 50/– रूपये स्वास्थ्य कर्मी द्वारा काट लिये जाते हैं। टी.टी. केस के लिए ए.एन.एम. को 50–100 रूपये देने पड़ते हैं अथवा कुछ केस उसे देने होते हैं। जनस्वास्थ्य अभियान का मानना है कि आशा के अनेक कार्य ऐसे हैं जिनका अंकात्मक मूल्यांकन नहीं हो सकता। उन्हें मासिक मानदेय दिया जाना चाहिए।

द. सामाजिक सहयोग :– आशा को आमतौर पर स्वास्थ्य विभाग का सबसे निचला कर्मचारी माना जा रहा है। यहॉं तक कि चयन के समय भी यह प्रचारित हुआ कि जैसे आंगनवाड़ी कार्यकर्ता को चुना गया था वैसे ही बाद में आशा भी नियमित कर्मचारी हो जाऍंगी, इसलिए चयन के समय सरपंच अथवा अन्य प्रभावशाली व्यक्तियों ने यह प्रयास किया कि उनके परिचित को ही आशा बनाया जाए। इन्हीं सब कारणों से आशा को जो अपेक्षित सहयोग समाज से मिलना चाहिए था वह उन्हें नहीं मिल रहा है। वर्ष 2006 में 58.2% आशा ने बतलाया कि उन्हें समाज से सहयोग नहीं मिल रहा है, वर्ष 2007 में यह बढ़कर 79.06% हो गया है। ऐसी आशा है कि ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति बनने व प्रशिक्षण के बाद शायद इसमें सुधार हो सके।

इ. किये जाने वाले कार्य :– यदि हम आशा के द्वारा अपेक्षित कामों को देखें तो काफी बड़ी फेहरिस्त है। परन्तु वास्तव में वर्तमान में वह मुख्यतः जननी सुरक्षा योजना, टीकारण के लिये बच्चों को लाना, पल्स पोलियों में सहयोग अथवा टी.टी. के लिये केस ले जा रही है क्योंकि इसमें उसे प्रोत्साहन राशि मिलती है। कुछ आशा दवा देने का कार्य भी कर रही हैं। प्रमुख किये जाने वाले कार्य नीचे दिये गये हैं।

कार्य	–	प्रतिशत
इलाज	–	4.67
टीकाकरण	–	18.60
प्रसव हेतु साथ जाना	–	27.90
स्वास्थ्य संबंधी जानकारी देना	–	25.58
उपरोक्त सभी	–	16.27
कोई काम नहीं	–	6.97

कुछ आशाओं ने बतलाया है कि वे ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति के साथ भी काम कर रहीं हैं। 67.76% आशा ने बतलाया कि उनके पास दवाईयों का किट है और वे दवाईयाँ बॉट भी रहीं हैं। उन्हें दवायें आमतौर पर प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र से प्राप्त होती हैं। छिंदवाड़ा की रजनी ने बताया कि उसने अब तक 60 संस्थागत प्रसव तथा 35 नसबंदी कराई।

फ. अन्य स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं से समन्वय :– आशा को ए.एन.एम., ऑगनवाड़ी कार्यकर्ता तथा सुपरवाईजर आदि के साथ कार्य करना होता है। यदि हम देखें तो उसे सबसे ज्यादा सम्पर्क ए.एन.एम. के साथ रखना है। ए.एन.एम. ही उसे सबसे ज्यादा निर्देश (56%) देती हैं। वर्ष 2007 में यह परिवर्तित होकर सुपरवाईजर के पक्ष में हो गया है (62.7%)। आशा के पूर्व जननी सुरक्षा योजना की प्रोत्साहन राशि आंगनवाड़ी कार्यकर्ता को मिलती थी। आशा के बनने के बाद शासन ने आशा को प्राथमिकता दी है। आशा के न होने पर ऑगनवाड़ी कार्यकर्ता या दाई इसे प्राप्त कर सकते हैं। प्रोत्साहन राशि संस्थागत प्रसव से संबद्ध होने के कारण आंगनवाड़ी कार्यकर्ता का कहना है कि वह 9 माह गर्भावस्था में देखभाल करती है और आशा प्रोत्साहन राशि ले लेती है। आशा उसके अधिकार क्षेत्र में अतिक्रमण कर रही है अतः आंगनवाडी कार्यकर्ता के साथ सबसे ज्यादा तनावपूर्ण संबंध हैं।

आंगनवाड़ी कार्यकर्ता उसे गर्भवती महिलाओं की जानकारी नहीं देती या खुद ही उसे लेकर अस्पताल पहुंच जाती है । कुछ स्थानों पर जहॉ आशा का चयन आंगनवाड़ी कार्यकर्ता की सहमति या सहयोग से हुआ है अथवा बेहतर तालमेल है, परन्तु यह तालमेल राशि के आपसी बंटवारे के कारण है, वहॉ कुछ केस आशा करने के बाद आंगनवाड़ी कार्यकर्ता को दे देती हैं । वैसे वह आंगनवाड़ी में टीकाकरण, वजन करने आदि में सहयोग करती हैं ।

संस्थागत प्रसव के प्रोत्साहन के कारण दाई का काम सबसे ज्यादा प्रभावित हुआ है । दाई आशा को आमतौर पर अपने खिलाफ मानती है । गत दिनों दाई के संगठनों द्वारा भोपाल में दो प्रदर्शन भी किये गये हैं ।

ए.एन.एम. के साथ आशा को अधिकतम काम करना है एवं उसकी अनुशंसा पर ही आशा का मानदेय मिलता है । यह काफी शिकायत मिली है कि एएनएम गांव भ्रमण नहीं करती, टीकाकरण में भी ढ़ील देती है। ए.एन.एम. के व्यवहार से आशा परेशान हैं परन्तु डर के कारण खुलकर बोल नहीं सकती । आशा को अपने पद से हटने के डर के कारण कई जगह समझौते करने पड़ते हैं ।

ग. अन्य कार्य :– आयोजित किये जाने वाले स्वास्थ्य मेलों में 53.48% आशाओं ने अपना योगदान दिया। केवल 25.18% ने कोई सहयोग नहीं दिया। परिवार नियोजन केम्प 41.86% व महिलाओं की मीटिंग 33.20% आशाओं नें आयोजित की। अधिकतर आशाओं 55.81% ने कोई रिफरल नहीं किया। किये गये रेफरल में से 18.60% प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र, 25% ने सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र और 2.32% ने प्रायवेट डाक्टर को मरीज रिफर किया।

ह. पारिवारिक स्थिति :– आशा के कार्य के दौरान इसके परिवार के सहयोग का स्तर अलग–अलग है। कुछ परिवार में उसके रात में जाने, घर से बाहर रहने को लेकर विरोध किया जा रहा है। कुछ परिवारों में पति द्वारा सहयोग भी दिया जा रहा है।

घ. कार्य की परिस्थितियॉं एवं सम्भावनाऍं :– आमतौर पर आशा उत्साह से भरपूर हैं और समर्पण से कार्य करना चाहती हैं। उसकी निम्न परेशानियॉं हैं।

अ. समय पर मानदेय का भुगतान नहीं।
ब. मानदेय प्राप्त होने में रिश्वत की बाध्यता।
स. समय पर दवाईयॉं पुनः प्राप्त न होना।
द. प्रशिक्षण की आवश्यकता।
इ. गॉव से गर्भवती महिला को अस्पताल ले जाने में परेशानी।
ई. कभी–कभी वाहन में प्रसव।
उ. कुछ आशा के पास 4 से 5 गॉव, जनसंख्या लगभग 5000 हजार तक है।

2. उप स्वास्थ्य केन्द्र :– वर्ष 2006 में 19 तथा 2007 में 18 उप स्वास्थ्य केन्द्र का सर्वेक्षण किया गया। सर्वेक्षण में स्थान, साफसफाई, उपकरणों की उपलब्धता, दवायें आदि के बारे में जानकारी ली गई तथा ए.एन.एम. से साक्षात्कार भी किया गया। प्राप्त जानकारी निम्नानुसार है।

अ. स्थान एवं कार्य क्षेत्र :– उप स्वास्थ्य केन्द्र के अन्तर्गत आने वाले गॉवों की औसत दूरी 7.5 किलो मीटर है जिसमें गॉव जहॉं वह स्थित है से लेकर 25 किलो मीटर दूर तक के गॉव शामिल हैं। आमतौर पर 4 से 6 गॉव एक उप स्वास्थ्य केन्द्र के कार्य क्षेत्र में है परन्तु मरोहर सतना में 16, जूरी सीधी में 9 गॉव एक उपस्वास्थ्य केन्द्र द्वारा देखे जा रहे हैं। आमगढ सिवनी के अंतर्गत आने वाली जनसंख्या 1600 है तो मरोहर सतना द्वारा 13560 जनसंख्या को सेवा दी जा रही है।

ब. जन सुविधाऍं :– आवश्यक जन सुविधाऍं जैसे पानी, बिजली, शौचालय की उपलब्धता भी सुनिश्चित नहीं है। 61. 11% में पानी, 77.77% में बिजली एवं 44.44% में शौचालय की सुविधा नहीं हैं। लगभग 42.86% केन्द्रों में भवन भी अस्थाई हैं।

स. जॉंच की सुविधाऍं :– सर्वेक्षण से पता चला कि जॉंच हेतु आवश्यक स्टेथोस्कोप 62.5% केन्द्रों में है परन्तु 12.5% जगह खराब है। थर्मामीटर की उपलब्धता 56.25% खून की कमी के जॉंच हेतु आवश्यक हीमो ग्लोबिनोमीटर केवल 37.25% जगह है। बड़ों एवं बच्चों का वजन मापने की मशीन 68.75% जगह है 12.5% जगह कोई मशीन नहीं है। 56.25% जगह ब्लड प्रेसर मापने का उपकरण है परन्तु 18.75% जगह काम नहीं करता। 12.50% जगह पर खून की जॉंच हेतु स्लाईड नहीं हैं और ई.एस.आर. के लिए 81.25% जगह उपकरण नहीं हैं। पेशाब की जॉंच की व्यवस्था 56.25% जगह नहीं है।

द. उपलब्ध सेवा की स्थिति :– प्रसव की सुविधा 50% टीकाकरण 87.50% गर्भवती महिलाओं की जॉंच 87.50% खून पट्टी बनाने का कार्य 87.50% जगह किया जा रहा है। छोटी–मोटी बीमारियों का इलाज भी 87.50% जगहों पर हो जाता है।

इ. दवाईयॉं :– दवाईयों की उपलब्धता तुलनात्मक रूप से बेहतर है। पैरासीटामोल 83.33% क्लोरोक्विन, पेट के कीड़े की दवा, उल्टी की दवा, आयरन फोलिक एसिड़ 77.77% स्थानों पर उपलब्ध है। ओ.आर.एस. पेकेट 88.88% जगह पर है। 22.33% प्रतिशत स्थानों पर क्लोरोक्विन, आयरन फोलिक एसिड सरीखी दवा का न होना चिंतनीय है।

काफी महत्यपूर्ण इन्जेक्शन जैसे मिथारजिन 16.66% आक्सीटोसिन 50% स्थान पर कभी नहीं रहता। कॉपरटी, निरोध, बच्चों के टीके उपलब्धता 90% से 95% तक है।

फ. राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन का प्रभाव :– राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के अन्तर्गत शतप्रतिशत केन्द्रों को 10,000/– रूपये का अनुदान प्राप्त हो चुका है। इसका खाता सरपंच एवं ए.एन.एम. के संयुक्त हस्ताक्षरों से संचालित होता है। इसका व्यय मुख्यतः स्टेशनरी, फर्नीचर, सफाई व बिल्डिंग की मरम्मत किया गया है। खर्च के बारे में 55.55% निर्णय स्वास्थ्य विभाग द्वारा किये गये हैं। आशा के साथ काम की स्वीकारोक्ति लगभग सभी ए.एन.एम. ने की केवल 2 ने बतलाया कि आशा के साथ काम नहीं कर रहीं हैं तथा 1 जगह आशा का चयन नहीं हुआ है। यह आश्चर्य जनक है कि 2 ए.एन.एम. को राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन की जानकारी भी नहीं है।

ग. ए.एन.एम. की परेशानियॉ :– जैसा की पूर्व में बतलाया गया है ए.एन.एम. का वृहद कार्य क्षेत्र उसके कार्यों में बाधक है। अन्य परेशानियों में कुछ जगह शराब पीकर दुर्व्यव्हार, भवन का न होना, स्टाफ की कमी, पानी व बिजली की कमी है। लोगों में स्वास्थ्य के प्रति जागरूकता बढ़ाने की आवश्यकता है ताकि अपेक्षित सहयोग मिल सके। भिंड में असामाजिक तत्वों द्वारा परेशान किये जाने के कारण गॉव में देर तक रूकने अथवा रात्रि विश्राम में ए.एन.एम. को भय महसूस होता है।

इन सब पस्थितियों के बाद भी स्वास्थ्य विभाग की अधिकतम उपलब्धियों में ए.एन.एम. का योगदान महत्वपूर्ण होता है ।

3. प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र

वर्ष 2006 में जन स्वास्थ्य अभियान द्वारा 20 एवं 2007 में 11 प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र का सर्वेक्षण किया गया । सर्वेक्षण के दौरान प्राप्त जानकारी का विवरण निम्नानुसार है ।

अ. भवन एवं आसपास की स्थिति :– प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र की इमारत एवं आसपास का स्थान ज्यादा अच्छा नहीं हैं। 27.27% स्थानों पर गंदगी है अथवा भवन खराब हालत में है। 27.27% जगह पानी नहीं है और 54.55% स्थानों पर अनियमित सप्लाई है। बिजली की अनियमितता 54.55% है तथा 18.18% स्थान पर बिजली नहीं है। 2 स्थानों पर शौचालय नहीं है और 1 स्थान पर इस्तेमाल लायक नहीं है। मरीजों को इन्तजार के लिये 4 स्थानों पर प्रतिक्षालय नहीं है और 1 स्थान पर प्रतीक्षालय उपयोग लायक नहीं है। प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र 30,000 की जनसंख्या पर होना चाहिए परन्तु प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र फूप भिण्ड क्षेत्र की जनसंख्या 2,56,000 है।

ब. चिकित्सा सुविधाऍं :– (डॉक्टर एवं अन्य स्टाफ) प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र पर डॉक्टर, कम्पॉउंडर, ड्रेसर सहित करीब 14 कर्मचारी उसे सुचारू रूप से चलाने हेतु होने चाहिए। परन्तु जब सर्वेक्षण किया गया उस वक्त 7 स्थानों पर कम्पॉउंडर अथवा नर्स ही ओ.पी.डी. चला रहे थे। देलाखारी, छिंदवाड़ा के प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र में विगत 27 वर्षों से कोई चिकित्सक पदस्थ नहीं हुआ है। 2 प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र पर डॉक्टर नहीं हैं। 7 में नर्स, 4 में कम्पॉउंडर, 9 में प्रयोगशाला कर्मचारी, 8 में पुरूष एवं महिला स्वास्थ्य कार्यकर्ता नहीं है। ड्राइवर किसी भी प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र पर नहीं है। बिस्तरों की संख्या 2 से 20 तक है। प्रसूतिगृह 9 स्थानों पर है 2 स्थानों पर नहीं है। डीपफ्रीजर का इस्तेमाल 6 स्थानों पर नहीं होता है। एम्बुलेंस किसी भी प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र पर नहीं है। कूड़ाकचरा के सुरक्षित निष्पादन की व्यवस्था 5 स्थानों पर नहीं हैं।

स. दवा की उपलब्धता :– दवा की उपलब्धता आमतौर पर ठीक है । क्लोक्विन 9, टी.वी. 8, आयरन की गोली, पैरासीटामोल, इबुप्रोफिन, एन्टीबायोटिक, उल्टी–दस्त की दवायें 9 स्थानों पर मिली । हालांकि इन सामान्य दवाओं की उपलब्धता अन्य प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र पर न होना गंभीर मामला है । ग्लूकोज बोतल केवल 6 स्थानों, खुजली की दवा 8 स्थानों पर मिली ।

अतिआवश्यक दवाओं में एन्टीरेबीज टीका 9 स्थानों पर, एन्टीस्नेक वीनम 5 स्थानों पर नहीं है । बोकराटा, बड़वानी व ऊंटियाकला रायसेन में बच्चों के सारे टीके कभी कभी नहीं मिल पाते हैं । उल्टीदस्त, निमोनिया, कुपोषण की जॉच आदि ज्यादातर जगह हो जाती है । टूटीहड्डी का इलाज 10, सुरक्षित प्रसव 2, जले मरीज का इलाज 1 व सांप काटने का इलाज 6 स्थानों पर उपलब्ध नहीं है । खून की कमी की जॉच 5 स्थानों पर, मलेरिया की जॉच 1 स्थान पर व बलगम की जॉच 5 स्थानों पर नहीं हो पाती ।

रोगी कल्याण समिति का गठन सभी केन्द्रों पर हो चुका है सभी स्थानों पर पर्ची बनाने, खून की जॉच व भर्ती होने पर पैसे लिये जाते हैं । खिरकिया हरदा के बारे में जॉनकारी मिली है कि वहॉ प्रसव हेतु भी पैसे लिये जाते हैं ।

द. प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र पर होने वाली दिक्कतें :–

अ. डॉक्टरों व स्टाफ की कमी

ब. आवास की दिक्कत

स. पानी बिजली की दिक्कत

4. सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र

वर्ष 2006 में 20 व 2007 में 12 केन्द्रों का सर्वेक्षण किया गया । सर्वेक्षण के दौरान सर्वेक्षण कर्ता ने स्वयं निरीक्षण करके जानकारी ली व प्रभारी डॉक्टर से साक्षात्कार भी किया । साक्षात्कार में अस्पताल में उपलब्ध सुविधाएं, डॉक्टरों कर्मचारियों की संख्या, दवाईयों की उपलब्धता आदि के बारें में जानकारी एकत्रित की गयी ।

अ. इमारत की स्थिति :– कुसमी सीधी का अस्पताल असुविधाजनक स्थानों पर हैं । सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र आने वाले 41.66% मरीज 10 किलोमीटर से ज्यादा दूर से आते हैं । बरघाट सिवनी में इमारत के पास गंदगी कचरे के कारण अस्वास्थ्यकर स्थिति है । कुसमी सीधी एवं बरघाट सिवनी में अस्पताल प्रांगण में दवाई की दुकान है ।

ब. जनसुविधायें :– पानी एवं बिजली की उपलब्धता 16.66% स्थानों पर नहीं हैं । 75% स्थानों पर मरीजों हेतु प्रतिक्षालय नहीं है । जानकारी हेतु सूचना पट 91.66% जगहों पर है ।

स. स्टाफ की उपलब्धता :– इन सभी केन्द्रों पर केवल मेडिकल आफिसर ही प्रमुखता से मिले । 33.3% पर बच्चों के डॉक्टर और 16.66% पर फिजीशियन भी हैं । स्त्री रोग विशेषज्ञ, निश्चेतना विशेषज्ञ किसी भी केन्द्र पर नहीं है । 16.66% स्थान पर कम्पाउन्डर, 41.66% स्थान पर प्रयोगशाला कर्मचारी और 25% स्थान पर एक्सरे कर्मचारी उपलब्ध नहीं हैं।

द. स्वास्थ्य सुविधाएँ :– 16.66% केन्द्रों पर वार्ड नहीं हैं। अधिकतर स्थानों पर 2 वार्ड हैं। बिस्तर की संख्या 6 से लेकर 30 तक है। 2 स्थानों पर कोई बिस्तर नहीं हैं। प्रसूतिगृह 83.83% जगह पर है तथा 75% स्थान पर उपयोग होता है। एम्बूलेंस 91.66% जगह पर है तथा उपयोग भी होती है। इस्तेमाल करने के लिए लोगों को 300/– रूपये से लेकर 600/– रूपये अथवा 5/– रूपये प्रति किलोमीटर भुगतान करना पड़ता है। गरीबों को तत्काल भुगतान की बाध्यता के चलते परेशानी होती है। अस्पताल के कूड़ाकरकट को आमतौर पर जलाते हैं। कुछ स्थानों पर ऐसे ही फेक देते हैं।

इ. सेवाओं की उपलब्धता :– बच्चों के उल्टीदस्त, निमोनिया, कुपोषित बच्चों की जॉच, टीकाकरण, सामान्य प्रसव तथा घाव के इलाज की व्यवस्था आमतौर पर है । राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के अन्तर्गत सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों पर सिजेरियन ऑपरेशन का लक्ष्य रखा गया है परन्तु स्त्री रोग विशेषज्ञ व निश्चेतना विशेषज्ञ की कमी के कारण केवल पाटीबड़वानी में ही सिजेरियन ऑपरेशन किये जा सकते हैं । सुरक्षित गर्भपात भी केवल पाटी में ही हो सकता है । अन्य छोटे ऑपरेशन 33.33% जगह पर हो सकते हैं । सांप के काटने का इलाज 66.66% जगहों पर हो सकता है ।

मलेरिया की जॉच, बलगम, पेशाब की जॉच ज्यादातर जगहों पर हो जाती है । एक्सरे सुविधा 66.66% व ब्लड बैंक 16.66% जगहों पर ही हैं ।

भवन की मरम्मत, दवाई खरीदनें, सफाई कर्मी को भुगतान तथा उपकरण खरीदी आदि में किया गया है ।

ह. केन्द्र को चलाने में आने वाली दिक्कतें :– केन्द्र को चलाने में प्रमुख दिक्कत स्त्रीरोग एवं निश्चेतना विशेषज्ञ की कमी है । अन्य कर्मचारियों की कमी के कारण एवं सेवाये प्रभावित होती हैं । डॉक्टरों कर्मचारियों के आवास, भवन, पीने का पानी आदि भी उस जगह पर उपलब्ध नहीं हैं ।

5. विभिन्न शासकीय योजनाओं का क्रियान्वयन

(अ.) जननी सुरक्षा योजना

जे.एस.वाई.के. नाम से प्रचारित यह योजना सबसे ज्यादा लोक प्रिय है । इसमें संस्थागत प्रसव कराने पर ग्रामीण क्षेत्र की महिला को 1400/– रूपये व शहरीय क्षेत्र में महिलाओं को 1000/– रूपये प्रोत्साहन राशि मिलती है । ग्रामीण क्षेत्र में प्रेरक को 600/– रूपये मानदेय दिया जाता है । वर्ष 2007 में जननी सुरक्षा योजना के 44 हित ग्राहियों से चर्चा की गई उनसे प्राप्त जानकारी का विवरण निम्नानुसार है ।

अ. 1. उम्र के हिसाब से इसका उपयोग सबसे ज्यादा 20 से 30 वर्ष की महिलाओं द्वारा किया गया (56.81%) । 56.81% गरीबी रेखा के नीचे हितग्राही पाये गये । अनुसूचित जाति की 22.72% अनुसूचित जाति की 40.90% व अन्य 34.09% महिलाओं ने इसका लाभ लिया । सर्वेक्षित महिलाओं के 40.90% घर पर व 59.09% प्रसव सरकारी केन्द्रों में हुए।

अ. 2. प्रसव पूर्व रजिस्ट्रेशन :– केवल 2 महिलाओं को छोड़कर सभी महिलाओं का पंजीकरण किया गया। सर्वाधिक पंजीकरण ऑगनवाड़ी 50% ए.एन.एम. 31.81% व आशा द्वारा 13.63% किया गया । 90.90% महिलाओं को कार्ड प्राप्त हुआ।

अ. 3. प्रसव पूर्व जॉच :– 68.18% महिलाओं की 3, 13.63% की 2, व 9.09% की एक जॉच हुई। 9.09% महिलाओं की कोई जॉच नहीं हुई। किसी भी महिला का ब्लडप्रेशर व वजन नहीं लिया गया। आयरन की गोलियां 88.65% को मिली। टिटनेस इन्जेक्शन 95.45% को लगा।

अ. 4. प्रसव का स्थान :– 54.09% प्रसव सरकारी अस्पतालों में हुए। 40.90% घर पर हुए। घर पर होने वाले लगभग सभी प्रसव में दाई ने सहायता की। 43.18% महिलाओं के साथ आशा संस्थागत प्रसव के लिए साथ गयी। 79.54% प्रसव सामान्य हुए। अधिकतम 45.45% महिलाएं 3 दिन भर्ती रहीं। 18.18 2% दिन व 11.36% 1 दिन भर्ती रहीं।

अ. 5. प्रोत्साहन राशि : घर पर हुए प्रसव के लिए शासन द्वारा 500/– रूपये सहायता का प्रावधान है परन्तु सर्वेक्षित महिलाओं में से किसी को भी यह राशि नहीं मिली। आश्चर्यजनक रूप से घर पर हुए प्रसव के हितग्राहियों में से 3 को 1000/– या 1400/– रूपये की राशि प्राप्त हुई।

प्रसव के दौरान अस्पताल में 1000/– से ज्यादा खर्च हुआ । 4.54% का 0 से 1000/– रूपये व्यय हुआ। 20.45% महिलाओं का कोई खर्चा नहीं हुआ।

(ब.) जननी एक्सप्रेस योजना : जननी एक्सप्रेस योजना के अन्तर्गत ब्लॉक स्तर पर निजी एम्बुलेंस लगाई गयी हैं। इनकी समुचित आय की जिम्मेदारी ब्लॉक मेडिकल आफिसर की है। हित ग्राही द्वारा अस्पताल आने के लिए इनका उपयोग करने पर प्रेरक के मानदेय में से रूपये 250 काटकर जननी एक्सप्रेस के संचालक को देने का प्रावधान है।

गॉव से संचार के समुचित साधन न होने के कारण जननी एक्सप्रेस बुलाने हेतु समय पर सूचना नहीं पहुँच पाती। ऐसे मामलों में प्रसव पश्चात जननी एक्सप्रेस से वापस भेजकर प्रेरक के मानदेय में से 250/– रूपये काट लिए जाते हैं । सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र के बहुत पास स्थित गॉव के हित ग्राहियों के प्रेरकों के मानदेय में से भी यह कटौती की जा रही है ।

(स) **दीनदयाल चलित अस्पताल योजना** : इसके अन्तर्गत आदिवासी ब्लॉक में स्वास्थ्य परिक्षण व इलाज हेतु विभिन्न हाट में चलित स्वास्थ्य वाहन भेजा जाता है। जिसमें डॉक्टर व अन्य स्टाफ होना चाहिए । इनमें ही रक्त व पेशाब, खखार की जॉच भी होना चाहिए। योजना अच्छे से संचालित होने पर लाभप्रद हो सकती है । डॉक्टरों की अनुपलब्धता, रक्त आदि की जॉच न हो पाने के कारण इस योजना का समुचित लाभ नहीं मिल पा रहा है ।

(द) **दीनदयाल अन्त्योदय उपचार योजना** : गरीबी रेखा से नीचे के हितग्राहियों के इलाज के लिए शासन द्वारा 20,000/– रूपये तक मुफ्त दवायें देने का प्रावधान है । इस योजना में निम्न शर्तों के कारण सही लाभ नहीं मिल पा रहा है ।

द. 1. **भर्ती की बाध्यता** : इसके लाभ के लिए मरीज को आवश्यक रूप से भर्ती होना चाहिए । जबकि कई बीमारियों में भर्ती की आवश्यकता नहीं होती परन्तु मरीज को मजबूरन अस्पताल में भर्ती होना पड़ता है ।

द. 2. सामुदायिक एवं प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र पर लोकल परचेज की व्यवस्था न होने के कारण डॉक्टर कोई ऐसी दवा नहीं लिख सकते जो वहॉ न हो क्योंकि यदि वे ऐसी दवा लिखें तो उन पर कार्यवाही हो जाएगी अतः वे केवल अस्पताल में उपलब्ध दवाई ही देते हैं जो वैसे भी अन्य मरीजों को दी जा रही होती हैं।

द. 3. इस योजना के हितग्राहियों को दी गयी साधारण दवाओं, जॉचों का हिसाब किताब रखने की जिम्मेदारी डॉक्टर के ऊपर होती है जो उसे अनावस्यक रूप से व्यस्त समय में परेशान करती है ।

फ. दवाओं की उपलब्धता :– क्लोरोक्विन, टी.वी. की दवा, सूजन की दवा, ओ.आर.एस. के पैकट, पेचिस की दवा, एन्टीबायोटिक, ग्लूकोस बोतल, खुजली की दवा, ऑख–कॉन के ड्रोप ज्यादातर जगहों पर हैं । एन्टीरेबीज की उपलब्धता की दिक्कत है । 40% स्थानों पर यह नहीं मिल पाती । आक्सीजन भी 16.66% स्थानों पर नहीं हैं ।

ग. राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन का प्रभाव :– रोगी कल्याण समिति का गठन एक केन्द्र को छोड़कर अन्य में हो चुका है । इसका प्रभाव मुख्यतः डॉक्टरों, कर्मचारियों व उपकरणों की उपलब्धता में हुआ है । 8 केन्द्रों को अनटाइड फण्ड भी प्राप्त हुआ है । रोगी कल्याण समिति पर्ची बनाने, भर्ती होने, एक्सरे, खून पेशाब की जॉच आदि के लिए मरीजों से पैसा लेती है । एक्सरे के लिए 15 रूपये से लेकर 50 रूपये तक लिये जा रहे हैं । भर्ती हुए मरीजों से एक जगह खाने के लिए, जॉच, ग्लूकोज के लिये भी पैसे लिये जा रहे हैं । सरकार के अनुदान एवं मरीजों से प्राप्त आय का उपयोग जनरेटर कक्ष निर्माण, आदि में किया गया है।

6. गॉव वासियों से बैठक में चर्चा

22 गॉवों में गॉव वासियों की बैठक कर स्वास्थ्य विभाग के काम के बारे में जानकारी ली गई । उन्होंने बताया कि अब तक 22.27% गॉवों में समिति बन गयी है । 22.72% में कोई समिति नहीं है अन्य गॉवों में पंचायत की समिति है अथवा उन्हें जानकारी नहीं है । 22.72% को रूपये 10000/– का अनुदान प्राप्त हुआ है ।

ज्यादातर गॉव वासियों 86.36% को ए.एन.एम. व उपस्वास्थ्य केन्द्र के बारे में जानकारी है। उपस्वास्थ्य केन्द्र के खुलने के बारे में 54.09% गॉवों में कहा गया कि यह खुलता है। 27.27% केन्द्रों पर बच्चों की जॉच नहीं हो पाती व 22.72% केन्द्रों पर दवा नहीं मिल पाती । 68.18% केन्द्रों पर प्रसव की सुविधा है । 40.90% केन्द्रों पर दवाई खून

क़ी जॉच आदि के लिए पैसा देना पड़ता है। 40.90% गॉवों में बतलाया कि उपस्वास्थ्य केन्द्र में कुछ बदलाव आया है। 68.18% केन्द्रों पर गर्भवती स्त्री की जॉच हो जाती है। 22.72% केन्द्रों पर डॉक्टर कभी–कभी आते हैं। ए.एन.एम. भ्रमण करने लगी है कुछ स्थानों पर भवन बन गया है । जननी सुरक्षा योजना का लाभ मिलने लगा है । कहीं कहीं पुरूष स्वास्थ्य कार्यकर्ता आ गये हैं। रामटेक जिला हरदा के लोगों का कहना है कि ए.एन.एम. कभी गॉव में नहीं आती।

प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र के बारे में 40.90% गॉव के वासियों का विचार है कि डॉक्टर हैं। 81.81% गॉवों में नर्स की उपलब्धता बेहतर बतलायी गयी । गर्भवती महिला एवं बच्चों की जॉच 63.63% प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र पर होती है। सामान्य इलाज 81.81% जगह पर होता है।

सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र के बारे में 68.18% गॉव वासियों ने कहा कि वहां नर्स एवं डॉक्टर हैं । बच्चों का इलाज 63.63% टीकाकरण 68.18% गर्भवती महिला की जॉच 63.63% प्रसव 68.18% सामान्य प्रसव 68.18% जगह पर होता है। सामान्य इलाज व दवा 68.18% केन्द्रों से मिलता है। 18.18% गॉव वालों ने बतलाया कि सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में विभिन्न जांचों व सुविधाओं के लिए पैसे देने पड़े हैं।

गॉव वासियों का कहना है कि राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के बाद संस्थागत प्रसव की संख्या बढ़ गयी है । दवाओं की उपलब्धता, नसबंदी की संख्या में वृद्धि हुई है। जननी एक्सप्रेस के बारे में लोगों को जानकारी है ।

डुहकुरिया, अमगॉव व नोदिया देवार्थ, सीधी के लोगों का कहना है सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र में खून की जॉच के लिए पैसे देने पड़ते हैं । जूरी सीधी के लोगों का कहना है कि अधिकतर दवा बाहर से खरीदनी पड़ती है । गोल पाटी वाड़ी, बड़वानी के लोगों का कहना है कि डॉक्टर मरीज को घर पर बुलाते हैं । कुंभ खेत के लोगों का कहना है कि भवन व कर्मचारी ठीक नहीं है देवगढ़ के लोगों का कहना है कि प्रसव के लिए 50/– रूपये व अन्य काम के लिए 25/– रूपये देने पड़ते हैं ।

गांव के पास निजी स्वास्थ्य सेवाओं की उपलब्धता आमतौर पर नहीं हैं । 59.09% गॉव के आसपास प्रायवेट डॉक्टर तो हैं परन्तु निजी अस्पताल, लेबोरेटरी आदि नहीं हैं ।

राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के कारण 18.18% स्थानों पर ग्रामस्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति बनायी गयी है । 22.72% गॉवों में 10,000/– रूपये अनुदान भी प्राप्त हो गया है । अबतक कहीं केम्प का आयोजन नहीं किया गया । स्वास्थ्य मेला का आयोजन 9.09% स्थानों पर किया गया । जननी सुरक्षा योजना की जानकारी 72.92% गॉवों में है । एक गॉव में ग्रामस्वास्थ्य योजना भी बनायी गयी है ।

7. मरीजों का साक्षात्कार :– विभिन्न जिलों के सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र एवं प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र में इलाज कराकर बाहर निकल रहे 74 मरीजों अथवा उनके परिजनों से बातचीत की गयी । उनके अनुभवों व विचार को संकलित किया गया जो निम्नानुसार है ।

अ.मरीजों का विवरण :– सर्वेक्षित मरीजों में 41.89% पुरुष व 58.14% महिला हैं। 48.64% गरीबी रेखा के नीचे के हैं । 62.16% पॉच किलोमीटर से कम दूरी, 29.72% पॉच से दस किलोमीटर और 8.10% मरीज 10 किलोमीटर से अधिक दूरी से आए हैं । 67.56% वहॉ पैदल ही पहुॅचे हैं। केवल 13.51% मरीज ही अन्य स्थानों से रेफर किये गये हैं । सर्वेक्षित मरीजों में 89.18% इलाज के लिए हमेशा यहीं आते हैं ।

ब. बीमारियॉ एवं भुगतान :– मरीजों में प्रसव, फोड़ेफुन्सी, चोट, बुखार, मलेरिया, खॉसी, चर्मरोग, कमजोरी, उल्टीदस्त के मरीज ही थे । ओ.पी.डी. कार्ड बनाने के लिए 63.53% मरीजों ने 2 रूपये से लेकर 3, 4, 7 रूपये तक दिया । पाटी के एक मरीज द्वारा 12 रूपये का भी भुगतान किया गया।

स. जॉच विवरण :– 58% मरीजों की जॉच डॉक्टर, 21.62% की जॉच नर्स व 14.86% की जॉच कम्पॉउन्डर ने की। 54.05% ने कहा कि डॉक्टर ने पर्याप्त समय नहीं दिया व 40.05% ने मरीज को घर पर बुलाया। 70.27% मरीजों की कोई खून पेशाब आदि की जॉच नहीं की गयी। 29.72% लोगों की खून की जॉच की गयी । 24.34% की जॉच स्वास्थ्य केन्द्र में की गयी। 5.41% की जॉच नहीं हो पायी।

स्वास्थ्य केन्द्र में 77.03% को अस्पताल से दवाऍ मिली। 22.97% मरीजों का मानना है कि डॉक्टर को दिखाने व जॉच में काफी समय लगा। 21.62% ने कहा कि डॉक्टर का व्यवहार अच्छा है। 33.78% ने ठीक व 4.05% ने खराब बताया। कर्मचारियों ने 17.57% अच्छा, 51.35% ठीक व 14.86% व्यवहार खराब रहा। 9.46% ने कहा कि जॉच की सुविधा अच्छी है । 43.24% ने कहा ठीक है परन्तु 24.32% ने कहा कि सुविधा ठीक नहीं है।

डॉक्टर की अनउपलब्धता, कर्मचारियों की कमी, पानी की दिक्कत, शौचालय की व्यवस्था ठीक न होना, खून बलगम की जॉच बाहर भेजने व तथा अस्पताल जल्दी बन्द हो की शिकायत भी की।

मप्र सरकार का बजट : एक विश्लेषण

आरती पाण्डे

राज्य सरकार का स्वास्थ्य का बजट अलग से नहीं है यह सामाजिक खर्च में ही शामिल किया जाता है जिसमें परिवार कल्याण एवं स्वास्थ्य, चिकित्सा शिक्षा, औषधि एवं नियंत्रण का खर्च भी शामिल है। पिछले सात सालों का यदि सामाजिक खर्च में परिवार कल्याण एवं स्वास्थ्य के उपर होने वाले खर्च का प्रतिशत निकाला जाये तो स्पष्ट हो जायेगा कि सरकार स्वास्थ्य को कितनी गंभीरता से लेती हैं। स्वास्थ्य के राष्ट्रीय बजट में नयी आर्थिक नीतियों का असर दिखने लगा था। 1990 में स्वास्थ्य पर सकल राष्ट्रीयउत्पाद का मात्र 1.9 प्रतिशत व्यय का प्रावधान रखा गया। 1999 में यह घटते घटते मात्र 0.9 प्रतिशत ही रह गया। इसी प्रकार राज्यों के बजट में भी 7 प्रतिशत से लेकर 5 प्रतिशत तक की कमी आ गयी। 1980 के दशक में यह खर्च 9 प्रतिशत तक था। देश का बजट इस समय कांगों जैसे छोटे और गरीब राष्ट्र से भी कम है। पाकिस्तान और बांग्लादेश भी सकल राष्ट्रीय उत्पाद का स्वास्थ्य पर 5 से 7 प्रतिशत खर्च करते है। दरअसल बजट की यह कटौती प्रदेश सरकार के बजट में भी नजर आने लगी और आधारभूत ढांचे के साथ साथ दवाइयों पर भी खर्च कम होता चला गया ।

प्रदेश में वर्ष 1999–2000 में स्वास्थ्य पर 6,1948.81 लाख रुपये खर्च किया गया, जो सामाजिक खर्च का मात्र 2.89 प्रतिशत था। वहीं 2004–05 में घट कर सिर्फ 1.89 प्रतिशत रह गया। इस खर्च की कमी के कारण स्वास्थ्य सेवाऐं लगभग ध्वस्त हो गयी। यह कटौती दवाईयों और अन्य ढांचागत खर्च से की गयी। लेकिन इसके बाद 2005–06 में यह खर्च 2.84 प्रतिशत कर दिया गया। वर्ष 2006–07 के बजट में इस खर्च में फिर कटौती की गयी और अब यह 2.39 प्रतिशत ही रह गया। यह कटौती उस मात्रा में हो रही थी जैसे जैसे केंद्र सरकार का बजट कम होता जा रहा था क्योंकि केंद्र सरकार से आने वाला बजट परिवार कल्याण एवं स्वास्थ्य पर खर्च करने के लिए होता है। लोक स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण का बजट दो मदों में विशेष रुप में खर्च होता है जिसमें से एक 2210 है जिसमें राज्य शासन के साथ साथ केंद्र शासन का भी अनुदान शामिल है। इसके अलावा 2211 का मद जिसमें सिर्फ केंद्र सरकार से प्राप्त सहायता है जिसमें खास तौर से आरसीएच–2 का अनुदान है यदि इस बजट का बारीकी से विश्लेषण किया जाये तो साफ तौर पर यह समझ में आता है कि राज्य शासन का स्वास्थ्य पर बजट नाममात्र का है क्योंकि 17 राष्ट्रीय कार्यक्रमों का बजट (जिसमें दवाईयों से लेकर अस्पताल के संरचनागत खर्च भी शामिल है) तो केंद्र सरकार से सहायता प्राप्त है इसके अलावा स्वास्थ्य पर होने वाले खर्च का जो रखरखाव का खर्च है वह रोगी कल्याण समिति से वसूला जाता है। इस बात का तुलनात्मक विश्लेषण किया जाना भी जरुरी है कि सरकार मरीजों पर कुल बजट का कितना खर्च करती है –

वर्ष –	वेतन भत्ते –	दवाईयां	राशन
2005–06	68.78	11.94	0.25
2006–07	65.17	10.39	0.59
2007–08	67.11	09.63	0.91
2008–09	69.01	06.81	0.89

(स्रोतः बजट 2007–08, 08–09)

इस परिप्रेक्ष्य में यदि देखा जाये तो वर्ष 2006–07 के अनुमानित बजट में वेतन भत्तों पर 85 प्रतिशत की मांग की थी जिसमें से स्वीकृति सिर्फ 65.17 प्रतिशत की ही मिली। सरकार के बजट का बहुत बड़ा हिस्सा वेतन भत्तों में खर्च हो जाता है जो कि अभी भी अपने आप में कम है क्योंकि यदि देखा जाये तो संविदा पर रखे जाने वाले

चिकित्सक का वेतन सब मिलाकर मात्र आठ हजार है इसी तरह स्टाफ नर्सों एएनएम एवं अन्य स्टाफ का वेतन भी न्यूनतम है। इसी प्रकार दवाईयों पर किया जाने वाला खर्च भी न्यूनतम है क्योंकि राष्ट्रीय कार्यक्रमों के लिए दवाईयां विश्व स्वास्थ्य संगठन से निःशुल्क आती है इसके अलावा जो दवाईयां खरीदी जाती है वह भी रोगी कल्याण समिति के माध्यम से। अस्पतालों में दिये जाने वाले भोजन पर भी अक्सर प्रश्न खड़े किये जाते है परंतु उसके लिए निर्धारित बजट में कभी प्रश्न नही खड़े किये गये। दरअसल स्वास्थ्य का पूरा बजट ही बहुत कम हैं इसे पिछले वर्षों के राज्य सरकार के कुल बजट में देखा जा सकता है।

वर्ष	राज्य कुल बजट(लाख रु)	स्वास्थ्य का बजट (लाख में)	कुल प्रतिशत
1999–2000	2137263.99	61948.81	2.89
2000–01	2293596.66	68352.10	2.98
2001–02	2001140.03	9450.18	2.97
2002–03	2306175.47	66168.95	2.87
2003–04	2747807.37	66478.33	2.42
2004–05	3885828.49	73270.96	1.89
2005–06	3487222.53	99167.23	2.84

इन बातों से साफ है कि प्रदेश के स्वास्थ्य विभाग के पास तीन जगहों से धन आता है पहला केंद्र सरकार से, दूसरा ग्यारहवें वित्त आयोग से और तीसरा विदेशी एजेंसी से। केंद्र सरकार की ओर से राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के लिए, आधारभूत संरचनात्मक कार्यो के लिए, राष्ट्रीय कार्यक्रमों के स्टाफ के लिए, वहीं विदेशी ऐजेंसी से आरसीएच के लिए विश्व बैंक से एवं अन्य मातृ एवं शिशु संबंधित योजनाओं के लिए यूनिसेफ से प्राप्त होता हैं। यही इसकी आय के मुख्य स्रोत है। इसके अलावा रोगी कल्याण समिति से प्राप्त होने वाली आय जो जिला चिकित्सालय अपने रखरखाव, दवाईयों की खरीद में व्यय करते है। राज्य सरकार की अपनी तरफ से न कोई स्वास्थ्य संबंधी योजना है और न ही बजट। मुख्य रुप से जो बजट राज्य सरकार के पास केंद्र सरकार से आता है लगभग उसी से संबंधित योजनाऐं और स्वास्थ्य सुविधाऐं मुहैया करवा रही है।

दो मदों से खर्च होने वाला बजट एक तो 2211की मद जो स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण और मातृ,शिशु स्वास्थ्य के लिए केंद्र सरकार से विशेष तौर पर आता है। इसके अलावा सरकार 2210 की मद से चिकित्सा सुविधाओं पर खर्च किया जाता है इस मद में भी केंद्र सरकार द्वारा दिया जा रहा खर्च शामिल है यह खर्च प्राथमिक,सामुदायिक और उप स्वास्थ्य केंद्रों के उन्नयन दवाईयों एएनएम,दाईयों के वेतन के लिए आता है राज्य शासन अपने मद में से सिर्फ अधिकारियों कर्मचारियों को वेतन और भत्ते देता है लेकिन सिर्फ चिकित्सकों के,आरसीएच के तहत भर्ती किये गये चिकित्सकों कर्मचारियों के वेतन भत्ते भी केंद्र सरकार की ओर से आ रहा है सारी दवाईयां केंद्र सरकार की मद से आ रही है। इस पूरी प्रक्रिया में राज्य शासन का सिर्फ आंशिक बजट ही है परंतु उसने कभी इस बात को स्वीकारा नहीं है। स्वास्थ्य नीति में निजी क्षेत्र की वकालत फिर राज्य के बजट में स्वास्थ्य के लिए नाममात्र का बजट दिया जाना राज्य सरकार की मंशा को जाहिर करता है। इस बात से साफ समझ बनती है कि यदि केंद्र सरकार बजट न दे तो राज्य सरकार ने स्वास्थ्य अमले को कभी का बंद कर दिया होता।

पश्चिमी मध्यप्रदेश में स्वास्थ्य की स्थिति

मध्यप्रदेश का पश्चिम क्षेत्र मुख्यतः आदिवासी बाहुल्य क्षेत्र है जिनमे कुल 9 जिला झाबुआ, धार, बड़वानी, खण्डवा, खरगोन, इन्दौर, देवास, उज्जैन व बुरहानपुर इनमे से छः जिलो में स्वास्थ्य व स्वास्थ्य सेवाओं की स्थिति व राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के अंतर्गत किए जाने वाली गतिविधियों की जानकारी प्राप्त कर अनुभवी कार्यकर्ताओं द्वारा सर्वे के माध्यम से विश्लेषण किया गया। इस सर्वेक्षण के पूर्व दो बैठक इन्दौर में आयोजित की गई, जिसमे राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन द्वारा चलाई जाने वाली पहल की चर्चा की गई, सर्वेक्षण हेतु प्रश्नावली/प्रपत्रों पर विस्तृत चर्चा हुई व समय सीमा तय कर जिले में सर्वे का कार्य शुरू किया गया। तत्पश्चात सर्वे का विश्लेषण कर रिर्पोट तैयार की गई है। इस रिर्पोट के माध्यम से राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन की हकीकत को आम जनता तक पहुचाना व इसके सफल क्रियान्वयन हेतु सरकारी अमले से संवाद कर स्वास्थ्य सेवाओं को मजबुत करना जन स्वास्थ्य अभियान की कोशिश है।

सर्वेक्षण विधि :

इस सर्वेक्षण में

- कुल जिला : 6
- ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति : 23
- आशा कार्यकर्ता : 23
- उप स्वास्थ्य केन्द्र : 11
- प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र : 6
- सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र : 6

1.) गॉव स्तर की स्वास्थ्य सेवाएँ–

1.1 आशा कार्यकर्ता :

कुल 23 गांव में आशा के बारे जानकारी लेने के दौरान मालूम चला कि 8 गांवो में आशा का चयन ही नहीं हुआ है। शेष 15 आशाओं में एक आशा अपने पति के साथ दूसरे गांव में रहती है। 14 आशाओं से बातचीत कर जानकारी एकत्र की गई।

आशा कार्यकम की जानकारी, चयन एवं नियुक्ति–

कुल 14	अस्पताल	ए.एन.एम./ एम.पी.डब्ल्यु.	सरपंच व सचिव	गांव के लोगो द्वारा
आषा कार्यकम की जानकारी	5	6	3	–
चयन और नियुक्ति	3	–	8	3

राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के मापदण्ड के अनुसार आशा का चयन गांव की बैठक में तीन महिलाओं का नामांकित कर उसके पश्चात ग्रामसभा की बैठक में उनमे से एक महिला का अनुमोदन कर चयन किया जाना था। इस पूरी प्रकिया को एक तरफ रखकर सरपंच, सचिव, शिक्षक, ए.एन.एम., एम.पी.डब्ल्यु. व पंचायत प्रतिनिधयों ने अपने–अपने

रिश्तेदारो को चयन करवा दिये है। जो सर्वेक्षण में स्पष्ट दिखाइ देता है। छः जिलों की 14 आशाओं से चर्चा करने पर पाया कि 85.71 प्रतिशत आशाओं का चयन से पूर्व ना तो बैठके हुई और न ही कोई ग्रामसभा। सरपंच, सचिव तथा स्वास्थ्य विभाग के द्वारा आवेदन देने की सीधी प्रकिया चलाई गई। इन जिलो की आशाओं ने स्वयं स्वीकार की है।

कुल 14 आशाओ में एक आशा को मालुम ही नहीं है कि उसका चयन कैसे हुआ, वही 4 आशाओं ने बताया कि आशा बनने के लिए उनको कुछ नहीं करना पडा जबकि 8 आशाओं ने बताया हमने आवेदन दिया था। एक आशा ने बताया कि ग्राम में ग्रामसभा में प्रस्ताव ठहराव कर विधिवत रूप से चयन किया गयौ।

काम बताये जाने के बारे में आशा कार्यकर्ताओं ने बताया कि हमे स्वास्थ्य कार्यकर्ता (ए.एन.एम. व एम.पी.डब्ल्यू.) काम बताते है। 2 आशाओं ने बताया कि सुपरवाईजर तथा एक ने बताया कि आंगनवाडी कार्यकर्ता काम करवाने की बात कही तथा 3 आशाओं ने बताया कि हमे कोई भी काम के बारे नहीं बताता। सनद रहे की आशाबाई ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति के अन्तर्गत काम करती हैं।

आशा प्रोत्साहन राशि के बारे में बहुत भ्रष्ट्राचार हो रही है। इनको मिलने वाली प्रोत्साहन राशि के रूप में प्रत्येक संस्थागत प्रसव केस में 600 रूपये भी उसे पूरा नहीं मिल पा रहा है। 10 में से केवल एक आशा को ही 600रूपये व 2 को मात्र 450रूपये मिला तथा एक को 350रूपये मिला है।

आशा प्रशिक्षण के बारे में 14 आशाओं में से 10 आशाओं ने बताया कि उनका प्रशिक्षण मात्र दो बार तथा 2 ने कहा कि क्रमशः 1 व 3 बार हुआ है। इन्ही में से 10 ने बताया कि जिला अस्पताल में तथा 10 ने बताया कि एक बार विकासखण्ड स्तर पर प्रशिक्षण हुआ है।

चारणखेडा की आशा ने बताया कि गांव में नर्स बाई नहीं आती है। आपरेशन केस ले जाने पर आशा की प्रोत्साहन राशि में से आधा हिस्सा मांग लेती है। एक तो हमें वेतन नही मिलता उसी पैसे से परिवार चलाना पडता है। हमारे पास मेहनत के पूरे पैसे भी नही आते हैं। महिलाओं के नसबंदी शिविर के बांद टांके काटने के लिये हमें अपनी जैब से नर्स बाई को पैसे देने पडते हैं। तब जाकर टांके कटते हैं। एक प्रसव की प्रोत्साहन राशि 450 रू0 मिलती है। चार महिलाओं को नसबंदी आपरेशन के लिये ले गई थीं । उसके पीछे 150 रू0 एक महिला के पीछे मिले थे। नर्स बाई (कस्तूरी चौहान) ने हमसे 150 रू0 में से आधे पैसे मांगती है। पैसे नही देने पर नर्स बाई झगडा की और चली गई। इन महिलाओं का आपरेशन के पश्चात टांके कटवाने उसी नर्स बाई के पास जाना पडा क्योंकि उस दिन अस्पताल बंद था। नर्स बाई टांके कांटने के 200 रू0 मांग रही थी। 50 रू0 देकर मैंने महिला के टांके कटवाये।

1.2 ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति :

कुल 22 गांव में ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति के बारे में जानकारी इक्ट्ठा की गई। इन गांवों में लोगों के साथ चर्चा के दौरान पाया गया कि 91 प्रतिशत गांव में लोगों को जानकारी ही नहीं है। केवल मात्र 9 प्रतिशत यानी 2 गांव में ही समिति के बारे में कुछ लोगों को ही पता है वह भी ए.एन.एम. द्वारा बनाया गया है।

छः जिलो से प्राप्त जानकारी से स्पष्ट है कि 90 प्रतिशत गांव में ग्राम स्वास्थ्यं एवं स्वच्छता समिति नहीं बनी है और लोगो को ना तो समिति के बारे में पता है और ना ही किसी प्रकार के अनुदान (10,000) की जानकारी है। मात्र 1 गांव के लोगों ने बताया कि अनुदान की राशि से आशा के लिए बोर्ड बनाया गया है।

बड़वानी जिले के मरदई गांव की भूरीबाई के अनुसार समिति क़ागज पर बनी है। नर्सबाई(ए.एन.एम.) सरपंच के साथ बैठकर कागजी कार्यवाही करती है। समिति सदस्यों को मालूम नहीं है कि वे सदस्य है भी या नहीं।

उपर दिये गये विश्लेषण से यह स्पष्ट है कि 91 प्रतिशत गांव में किसी प्रकार की समिति नहीं बनी है। पीपुल्स रूरल हैल्थ वॉच की टीम द्वारा 6 जिले के 23 गांव में सामुहिक बैठक के माध्यम से लोगों के साथ गांव स्तर इस एन.आर.एच.एम. के अन्तर्गत की जाने वाली गतिविधियों पर चर्चा की गई है। इस चर्चा से कुछ महत्वपूर्ण तथ्य निकल कर आए। ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति के लोगों का प्रशिक्षण किसी गांव में नहीं हुई है।

ग्राम– काकरीपॉव

ग्रामवासियो के साथ चर्चा के दौरान एक महिला का कथन है कि– "हमारे यहॉ कोई आशा कार्यकर्ता नहीं है, जो हमे अस्पताल ले जाये, हमारे गांव में तो प्रसव घर पर ही होते है"

ग्राम स्वास्थ्य एवं स्वच्छता समिति के सदस्यो से चर्चा की गई तो लोगों को उनके क्षेत्र की उप स्वास्थ्य केन्द, प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द व सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द और उसमें मिलने वाली सेवाओं व सुविधाओं की कोई जानकारी नहीं है। ए.एन.एम. माह में एक बार आती है। समिति सदस्यों को ही समिति में अपने होने का पता नहीं है। ग्राम स्वास्थ्य योजना भी नहीं बनाई गई है। सरकार द्वारा प्राप्त अनुदान की राशि 10000 मिले थे। जिसमें से उन्होने गांव में गिट्टी डलवाने का काम किया। लोगो को पूर्ण योजनाओं की जानकारी नहीं है ए.एन.एम. जो बोलती है वही लोग करते है।

2.) स्वास्थ्य सेवाओं संबंधित योजनाओं की स्थिति–

2.1 जननी सुरक्षा योजना :

केस–

☞ इन्दौर जिला के देपालपुरा सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द के सर्वेक्षण के दौरान यह तथ्य समक्ष आया कि जननी सुरक्षा योजना के हितग्राहियों को मिलने वाली 1400/–रू. की राशि में से 500–600रू. नर्स वसूल कर बाकी पैसा उन्हे देती है। इसी प्रकार के अनुभव सोनकच्छ के अरनिया जागीर गांव, काजल माता की फूलवती ने भी बतायें।

3.) राष्ट्रीय कार्यक्रम के अन्तर्गत–

टीकाकरण : संबंधित कर्मचारी केवल बी.सी.जी. तथा डी.पी.टी. का प्रथम टीका लगाकर अपने कर्तव्य से इतिश्री कर लेते हैं। इसके बाद बच्चे के माता पिता को जानकारी के अभाव में आगे के टीकाकरण के प्रति सजग नही रहते हैं। बडवानी जिले के निवाली विकासखण्ड जो 2007 में उत्कृष्ट कार्य के लिये स्वर्ण पदक प्राप्त कर चुका है, इसके छः गांव के सर्वेक्षण से यह तथ्य सामने आये हैं। इस आदिवासी बाहुल्य विकासखण्ड में पूर्ण टीकाकरण नहीं हो रहा है। 54 बच्चों में से 16 बच्चों को बीसीजी व डीपीटी का टीका भी 0–5 वर्ष के बच्चे को नही लगा है। तथा सभी का पूर्ण टीकाकरण नहीं हुआ है। उप स्वास्थ्य केंद्र स्थित गांवों में गर्भवती महिलाओं का भी टीकाकरण तो दूर की बात पंजीयन भी नही हो पा रहा है। ग्राम भूरापानी गांव की कुण्डी फलिया की सेवंतीबाई पति वियाराम, वटाबाई पति छोगालाल ने बतायी कि अस्पताल में नर्सबाई कब आती है हमे मालूम नही है। रिकार्ड के अनुसार वह 17 वर्ष से उप स्वास्थ्य केंद्र में रहती हैं परंतु वास्तव में वह बडवानी में रहती है।

4.) रोगी कल्याण समिति–

रोगी कल्याण समिति–

	समिति का पंजीयन	समिति को सरकार से अनुदान
हॉ	3	2
नहीं	–	–
जानकारी नहीं है	3	4

रोगी कल्याण समिति के नाम पर लोगो से पैसा तो लिया जा रहा है। पर उसका हिसाब उन्ही लोगों को नहीं दिया जा रहा है। सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र में पदस्थ 50 प्रतिशत कर्मचारियों रोकस के पंजीयन के बारे में जानकारी नहीं है। इसके साथ–साथ समिति को मिले अनुदान की राशि के बारें में 17 प्रतिशत स्वास्थ्यकर्मियो को नहीं है।

रोगी कल्याण समिति, बड़वानी :

मध्यप्रदेश रोगी कल्याण समिति के नाम पर लोगों से पैसा वसुल कर अपने कर्मचारिर्यो के मानदेय दिए जा रहे है। एक और दवाओं की खरीदी के लिए जो बजट आ रहा है उसकी खरीदी फरोख्त दवा घोटाला (टी.बी. की दवा) में स्वास्थ्य विभाग के संयुक्त संचालक, स्वास्थ्य मंत्री शामिल है। दुसरी और लोगों से रो.क.स.समिति के नाम पर पैसा वसुल कर कुल आय का 23 प्रतिशत पैसा दवा खरीदी पर खर्च हो रहा है व 23 प्रतिशत खर्च कर्मचारियों की मानदेय में खर्च हो रही है।

रोगी कल्याण समिति, बड़वानी

वर्ष 2006–2007

मद	आय	मद	व्यय	प्रतिशत
अंत रोगी शुल्क	314566	दवा व ऑक्सीजन	636671	23.09
ओ.पी.डी. शुल्क	294670	रो.क.स. समिति कर्मचारी मानधन	615405	22.32
प्रयोगषाला शुल्क	150060	निर्माण व रखरखाव	502945	18.34
ब्लड बैंक शुल्क	259625	पलंग व बिस्तर	230378	8.36
गहन चिकित्सा कक्ष शुल्क	85150	उपकरण खरीदी व दुरूस्ती	185726	6.74
एम्ब्युलेन्स शुल्क रो.क.स. समिति	76595	बिजली मरम्मत	127711	4.63
सरकारी एम्ब्युलेन्स	0	रो.क.स. समिति	97543	3.54
प्राइवेट वार्ड शुल्क	343650	डीजल जनरेटर	57721	2.09
दुकान भाडा	85100	–	–	–
दुकान किस्त	40000	प्रपत्र छपाई	50658	1.84
ब्रिकी व अनुबंध	834474	अस्पताल संबधी अन्य खर्च	252274	9.15
सम्पति सम्बंधी आय	959574	–	–	–
कुल आय	**2709036**	**कुल व्यय**	**2757032**	**100**
	शेष राशि =		**–47996**	

5.) स्वास्थ्य सेवाओं की स्थिति–

5.1 उप स्वास्थ्य केन्द्र :

केस– 1

- खरगोन जिला के झिरन्या ब्लॉक में गोरखपुरा गांव में उप स्वास्थ्य केन्द पिछले 1 वर्ष से बंद पडा पाया गया और ग्रामीणों ने बताया कि इस उप स्वास्थ्य केन्द में कोई नहीं आता है केन्द में कोई नहीं आता सिर्फ बोर्ड लगा है बाकी कोई सुविधा नहीं है।
- बडवानी जिल्ले के सिलावद प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र के अंतर्गत बडवानी विधायक महोदय के घर के नजदीक ग्राम सुस्तीखेडा उप स्वास्थ्य केन्द्र कभी नही खुलता है। स्वास्थ्य केन्द्र के लिए मिले अनुदान की राशि 10,000 के बारे में लोगों को कुछ भी पता नहीं है।
- मरदई उप स्वास्थ्य केन्द्र भवन विहीन है और न ही वहॉ किसी भी प्रकार की स्वास्थ्य सेवाऐं उपलब्ध कराई जाती है।

5.2 प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र :

प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र में स्वास्थ्य सेवाएँ उपलब्ध करवाना राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन की महत्वपूर्ण बिन्दु है।

	पानी की उपलब्धता	बिजली की उपलब्धता
हॉ	3	4
नहीं	3	2

इस तालिका से स्पष्ट है कि प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र में पानी और बिजली की नियमित उपलब्धता की कमी है। जहॉ एक और 50 प्रतिशत स्वास्थ्य केन्द्र में पानी उपलब्धता पाये गये। वहॉ भी नियमित पानी की उपलब्धता का अभाव पाया गया है।

प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र का महत्वपूर्ण कार्य राष्ट्रीय कार्यक्रम लागू करना व बीमारी के प्रतिबंधक पर सक्रिय कार्य करना, वहीं 33 प्रतिशत प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र पर नियमित बिजली नियमित रूप में उपलब्ध नहीं है।

ओ.पी.डी. कौन चला रहा था–

कुल	डॉक्टर	नर्स (ए.एन.एम.)	स्वास्थ्य केन्द्र बंद पाये गये
6	3	1	2

उपरोक्त तालिका को देखने से स्पष्ट होता है कि 50 प्रतिशत केन्द्रो में डॉक्टर, रोगियों की जांच कर इलाज दे रहे थे तथा 17 प्रतिशत स्थान पर नर्स रोगियों का इलाज कर रही थी, 33 प्रतिशत केन्द्र कार्यदिवस में बंद पाये गये।

COMMUNITY HEALTH CELL
LIBRARY AND INFORMATION CENTRE
PH-110
11129 P08

डॉक्टर व कर्मचारी–

कुल 6	मेडिकल ऑफिसर	नर्स (ए.एन.एम.)	स्वास्थ्य सहा. महिला	स्वास्थ्य सहा. महिला	आयुश कर्मचारी	कम्पाउंडर	प्रयोगषाला	ड्राईवर
हॉ	4	4	4	2	1	5	3	2
नहीं	2	2	2	4	5	1	2	4

उपरोक्त तालिका में 77 प्रतिशत केन्द्रो में चिकित्सक, नर्स, स्वास्थ्य सहायक महिला, 33 प्रतिशत स्वास्थ्य सहायक पुरूष, 33 प्रतिशत कम्पाण्डर, 50 प्रतिशत प्रयोगशाला कर्मचारी है तथा 33 प्रतिशत चिकित्सक, नर्स, स्वास्थ्य सहायक महिला व 77 प्रतिशत पुरूष स्वास्थ्य सहायक, 83 प्रतिशत आयुष चिकित्सक 33 प्रतिशत प्रयोगशाला कर्मचारी नहीं है।

स्वास्थ्य सेवाएँ व सुविधाएँ–

कुल 6	पलंग व बिस्तर 1–2	3–4	5–6	प्रसूतिगृह	फ्रिज / डीपफ्रिजर	एम्ब्युलेन्स
हॉ	3	2	1	3	5	–
नहीं	–	–	–	3	–	6
ब्ंद	–	–	–	–	1	–

उपरोक्त तालिका में 6 स्वास्थ्य केन्द्र की स्वास्थ्य सेवाओं में से 50 प्रतिशत पर दो पलंग व बिस्तर है, 33 प्रतिशत पर 3–4, 17 प्रतिशत पर पलंग व बिस्तर पाये गये है, 50 प्रतिशत केन्द्रो में प्रसूतिगृह है, 83 प्रतिशत पर फ्रिज / डीपफ्रिजर है, 50 प्रतिशत स्थानो पर प्रसूतिगृह नहीं है तथा किसी भी केन्द्र पर एम्ब्युलेन्स नहीं है।

कूड़ा कचरा–

कुल 6	जलाते है	छांटकर नश्ट करते है	गाड़ते है
हॉ	4	–	1
नहीं	–	1	–

भारत सरकार के मापदण्ड के अनुसार सभी स्वास्थ्य केन्द्रो में कचरा प्रबंधन पर विशेष लक्ष्य दिया जाना अनिवार्य है। छः प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों में से एक भी प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र में अस्पताल के कचरा को छॉटकर विधिवत तरीके से नष्ट नहीं किया जा रहा है। छः में से 4 स्वास्थ्य केन्द्र के डॉक्टर के अनुसार कुछ महिने के कचरे को बिना छॉटे जला दिया जाता है। अन्य 2 स्वास्थ्य केन्द्र में कचरा छॉटकर फेंक दिया जाता है व दूसरे में अस्पताल परिसर में ही गाड़ दिया जाता है।

केस

- भुराकुआ की गिनाबाई ने बताया कि सिलावद में प्रसव करवाने आशा ले जाती है तो उसके पैसे आंगनवाडी से ले लती हैं नसबंदी आपरेशन के पश्चात महिला की टांके काटने के लिए ए.एन.एम. पैसे लेती है। आशा कार्यकर्ता के 600 रूपये गांव कीं आंगनवाड़ी कार्यकर्ता धमकी देकर प्रोत्साहन राशि 600 रू0 ले लती है।
- प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र सिलावद में रेहगुन निवासी रूकमा पति जामसिंह ने बताया प्रसव होने पर सरकार से पैसे मिलता है तो उसके लिए गरीबी रेखा के नीचे (बी.पी.एल.) होना जरूरी मानते है यह बात ठीक नहीं है।

5.3 सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र :

पानी की उपलब्धता–

कुल	हॉ	नहीं
6	3	3

उपरोक्त तालिका में मात्र 50 प्रतिशत पानी की उपलब्धता है वह भी नियमित नहीं है। झाबुआ जिला का आलिराजपुर अस्पताल इन्ही उपलब्ध पानी वाले अस्पतालो की श्रेणी में आता है। यहॉ अधिकांश भर्ती वार्डो के शौचालय में पानी की सुविधा नहीं है।

बिजली की उपलब्धता–

कुल	हॉ	नहीं	वैकल्पिक व्यवस्थां
6	6	–	1

कहने के लिए तो सभी के सभी केन्द्रो पर बिजली उपलब्ध है परन्तु वैकल्पिक व्यवस्था केवल एक केन्द्र पर 17 प्रतिशत ही है। ग्रामीण क्षेत्रो में मात्र 8–10 घण्टे ही बिजली उपलब्ध रहती है। तब इसके अभाव में वैक्सिनों के लिए कोल्ड चैन कैसे बनाए रखी जा सकती है, यदि कोल्ड चैन टुटती है तो टीकाकरण जैसे राष्ट्रीय कार्यक्रम का करोडो रूपये खर्च करने के बाद भी कोई औचित्य नहीं है।
एक तरफ हम इस मिशन के तहत 24 धण्टे अपातकालीन सेवाऍ (छोटे आपॅरेशन, प्रसव व प्राथमिक उपचार) देने की बात कर रहे है। वहीं दुसरी और इस प्रकार के सवाल आये दिन हमारे सामने एक विचारणीय प्रश्न है।

शौचालयों की उपलब्धता–

कुल	हॉ	नहीं
6	4	2

शौचालयो का बीमारियों की रोकथाम व बचाव में महत्वपूर्ण स्थान है। उपरोक्त तालिका के 33प्रतिशत केन्द्रो में शौचालय उपलब्ध नहीं है जहॉ पर उपलब्ध है वह आधे से अधिक बंद पड़े है या उपयोग करने लायक नहीं है।

प्रतीक्षालय की व्यवस्था–

कुल	हॉ	नहीं
6	3	3

तालिका से ज्ञात होता है कि 50 प्रतिशत अध्स्पतालों में मरीजो व उनके परिजनों को बैठने के लिए कोई व्यवस्था नहीं है। जहॉ पर इस प्रकार की व्यवस्था है वहॉ पर्याप्त स्थान नहीं है। धार जिले के डही स्वास्थ्य केन्द्र के खण्ड चिकित्सा अधिकारी ने बताया कि यहॉ प्रतिदिन 70–75 मरीज इलाज के लिए आते है। प्रतीक्षालय के अभाव में बाह्यरोगी व अंतःरोगीयो के परिजन ओ.पी.डी. में भीड लगाये रहते है। जिससे स्टॉफ व रोगियो दोनों को भारी परेशानी उठानी पडती है।

डॉक्टरों की उपलब्धता–

	मेडिकल ऑफिसर	फिजिषन	सर्जन	स्त्री रोग विशेषज्ञ	शिशु रोग विशेषज्ञ	एन्स्थेसिया के डॉक्टर	आयष
हॉ	6	1	–	1	–	1	–
नहीं	0	5	6	5	6	5	6
दुसरी जगह पदस्थ	3	–	–	–	–	–	–

इस तालिका से यह स्पष्ट है कि 6 सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में मात्र 9 चिकित्सक पदस्थ है, जिनमे 3 केन्द्रो के स्वास्थ्य अधिकारीयों को दो सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में अन्यत्र सेवाऍ देनी पडती है। भारतीय जन स्वास्थ्य मानक के अनुसार प्रत्येक स्वास्थ्य केन्द्र में 4 विशेषज्ञ डॉक्टर होने चाहिए।

सर्जन, बच्चों के डॉक्टर व आयुष डॉक्टर अभी भी लोगों को मिलेनियम डेवलपमेंट के सपने दिखाये जा रहे है ।

राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के लागू होने से स्वास्थ्य सेवाओं पर असर–

	कर्मचारियों की उपलब्धि	डॉक्टरो की उपलब्धि	दवाईयों की उपलब्धि	उपकरणों की उपलब्धि	सरकार से अनुदान प्राप्त 50,000
हॉ	4	3	3	2	3
नहीं	2	3	3	4	2
जानकारी नहीं	–	–	–	–	1

सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों के डॉक्टरो के अनुसार एन.आर.एच.एम. लागू होने से स्वास्थ्य सेवाओं के प्रभाव के बारे में पूछने पर उपरोक्त तालिका के अनुसार 50प्रतिशत डॉक्टरो की उपलब्धि, 50 प्रतिशत में दवाईयों की उपलब्धि, 33 प्रतिशत में उपकरणों की उपलब्धि और 50 प्रतिशत सरकारी अनुदान प्राप्त है। जबकि सर्वेकर्ताओं द्वारा विभिन्न जिलों

में अवलोकन में पाया गया कि दवाईयॉ एवं उपकरण यथा स्थान पर नहीं थे। इसी प्रकार कर्मचारियों एवं डॉक्टरो की उपलब्धता पर हमारे सामने एक प्रश्नचिन्ह है।

भारतीय जन स्वास्थ्य मानक के अनुसार सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र में 4 डॉक्टर पदस्थ होने चाहिए। इस मापदण्ड के अनुसार 6 सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र में 24 की जगह मात्र 9 डॉक्टर है। इसका मतलब मापदण्ड अनुसार 15 डॉक्टरो की कमी है। मध्यप्रदेश सरकार की आंकडो(2007 के अनुसार कुल 314 डॉक्टर पूरे प्रदेश में अपेक्षित है जिनमे 271 डॉक्टर पदस्थ हो चुके है। यह आंकडे विरोधाभास है जहॉ मात्र 6 सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र में 15 डाक्टरो की कमी है वही पूरे प्रदेश में मात्र 43 डॉक्टरो की कमी सरकार बता रही है।

राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के बारे में सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र के 50 प्रतिशत स्वास्थ्य अधिकारियो ने बताया कि इस मिशन के आने से डॉक्टरो व चिकित्सा की उपलब्धियों में कोई अंतर नहीं आया है।

कर्मचारी व स्टॉफ–

	कम्पाउण्डर	प्रयोगशाला कर्मचारी			एक्स–रे तकनीशियन
	1	2	3		
हॉ	2	1	3	1	4
नहीं	4	–	–	–	2

चिकित्सको की तरह स्वास्थ्य केन्द्रो में उपलब्ध स्टॉफ बहुत कम है। 77 प्रतिशत केन्द्रो में कम्पाउडर नहीं है, 33 प्रतिशत स्थानों पर एक्स–रे तकनिशियन नहीं है। बिना एक्स–रे के आपातकालीन सेवाऍ व क्षय नियंत्रण जैसे राष्ट्रीय कार्यक्रम प्रभावित हो रहे है, जो अत्य आवश्यक सेवाओं में आते है।

सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र में उपलब्ध सेवाऍ–

	वार्ड		पलंग व बिस्तर			प्रसूतिगृह
1	2	6	10	30		
हॉ	3	3	2	2	1	4
नहीं	–	–	–	–	–	2

भारतीय जन स्वास्थ्य मानक (IPHS) के अनुसार सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रो में प्रत्येक केन्द्र में 30 पलंग व बिस्तर होने चाहिए, जबकि यहा इस दायरे मात्र केवल एक अस्पताल है। औसत रूप से देखा जाये तो स्वास्थ्य केन्द्रो में 64.4 प्रतिशत पंलग व बिस्तर की कमी है।

☞ ग्राम अरनिया जागीर के लोगों ने बताया कि सोनकच्छ सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र में गर्भवती महिला का जॉच करने के 50 रूपये मैडम(स्त्री रोग विशेषज्ञ) लेती है। सिस्टर 200 से 300 रू0 प्रसव के समय संभालती नही है। भर्ती करने के 10 रूपये लगते है। इन्जेक्शन बाहर से मंगवाया जाते है। रात के समय 5 रूपये की 2 मोमबत्ती, 10 रू0 का लाईफबाय साबुन प्रत्येक डिलेवरी के समय महिला के परिजन से मंगवाती हैं ।

6) राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन की गतिविधियों के बारे में– मरीज/जनता के अनुभव–

6.1 ओ.पी.डी. :

- झाबुआ जिले के आलिराजपुर सिविल अस्पताल में मरीज को जमीन पर भर्ती किया जाता है, पलंग व बिस्तर की सुविधा नहीं है। नर्स भर्ती मरीज के परिजन से पैसे मांगती है।
- धार जिले डही सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द में पोस्टमार्टम करने के 150रू. लिया जाता है। एक ही दवा व इंजेक्शन सभी को देते है मरीज को चाहे कोई भी बीमारी हो। अस्पताल में जॉच की सुविधा नहीं है।
- बड़वानी जिले के मेणीमाता प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द में बीमार व्यक्ति की जॉच नहीं करते तथा दवा देते समय भी समझाते नहीं है। अस्पताल में ठीक नहीं होने पर प्रायवेट में पैसे देकर घर पर इलाज करवाना पडता है। इंजेक्शन ठीक से नहीं लगाते है तथा कर्मचारी का व्यवहार ठीक नहीं है।
- बड़वानी जिले के सिलावद प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र में शौचालय की व्यवस्था नहीं होने से मरीज के साथ आने वाले परिजनो को परेशानी होती है। कर्मचारी समय पर अस्पताल में नहीं आते है।
- इन्दौर के देपालपुरा प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र में डॉक्टर कोई दवाई नहीं लिखता, मरीज को सीधे इन्दौर जाने को कहा जाता है। डॉक्टर मरीज को देखे बिना ही पर्ची पर दवाईयॉ लिख देता है।
- देवास जिले के सोनकच्छ सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र में लाईट की व्यवस्था नहीं है। जनरेटर हमेशा बंद रहता है। पीने की पानी की दिक्कत है मरीजो को पीने का पानी बाहर से लाना पडता है।
- सिविल अस्पताल आलीराजपुर में इलाज कराने आये अफरोज खान को दाहोद भेजा गया। यहॉ बीमारी ठीक नहीं हो रही है, यहॉ ठीक होने की बजाय तबियत ज्यादा खराब होती जा रही है । एक वर्ष से इलाज करा रहा हूँ, अब तक कुल 13,000रू. ख़र्च कर चुका हूँ।

बडवानी जिला –

सेंधवा ब्लॉक के तहत 200 लोगों को विजय राजे जननी कल्याण बीमा योजना (गरीबी रेखा के नीचे जीवन यापन करने वाले गर्भवती महिलाओं को प्रसव के समय उपचार होने पर 1000 रू0 तक अधिकतम व्यय भुगतान) साथ में प्रसव के दौरान मौत होने पर परिजन को 50 हजार का आठ दस माह बाद भी भुगतान नही।

पिछले वर्ष 2007 से जननी सुरक्षा योजना सभी महिलाओं को दिए जाने का प्रावधान है परन्तु इसके बावजुद सिलावद प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द में सिर्फ गरीबी रेखा के नीचे जीवनयापन करने वाली महिला को ही इसका लाभ दिया जा रहा है।

सुझाव :

- समुदाय की भागीदारी बढ़ाकर उस़ भागीदारी को मजबुत करना –इसके लिए आर्थिक/संस्थागत सहयोग आवश्यक है।
- आशा को जन स्वास्थ्य रक्षक व दाई कार्यक्रम से जुडाव।
- आदिवासी जिले में आशा कार्यक्रम के लिए विशेष पहल।
- प्रशिक्षण के तरीके व विषयवस्तु मजबुत हो।
- आर्थिक मामले में खुलापन हो।

स्वास्थ्य विभाग की सेवाओं में बड़े पैमाने पर भष्ट्राचार है। अनेक अधिकारी, कर्मचारियों पर केस चल रहे है। गत वर्ष एक वरिष्ठ अधिकारी के आय से अधिक सम्पत्ति पाये जाने के बाद अनिवार्य सेवा निरस्त दे दी गई है।

स्वास्थ्य सेवाएँ व सुविधाएँ एक नजर............

बड़वानी जिला का पाटी एवं पानसेमल विकासखण्ड में स्वास्थ्य सेवाओं की स्थिति अत्यंत दयनीय है। राष्टीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के लागू हुए 3 वर्ष पूरे होने को है आदिवासी क्षेत्रों में स्वास्थ्य सेवाओ व सुविधाओं की स्थिति कुछ इस प्रकार हैः–

पाटी विकासखण्ड में तीनों प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द, बोकराटा, रोसर व गंधावल डेसर व आया के भरोसे संचालित है, जहॉ सादी बिमारियो जैसे– उल्टी, दस्त, बुखार, कमर दर्द, पेट दर्द, मलेरिया व खून की कमी का इलाज अवैज्ञानिक तरीके से पिचकारी लगा कर इलाज किया जा रहा है। स्वास्थ्य केन्द में आयरन की गालियॉ अनुपलब्ध पाई गई। इसी प्रकार की स्थिति पानसेमल विकासखण्ड के राखी बुजुर्ग, बंधारा बुजुर्ग, मोयदा व खेतिया प्राथमिक स्वास्थ्य में मात्र खेतिया में 3 डॉक्टर पदस्थ है। जबकि बंधारा बुजुर्ग में पदस्थ चिकित्सा अधिकारी पानसेमल सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द में रह रहे है और अपना मानदेय बंधारा बुजुर्ग से हाजरी भरकर मानदेय आहरण कर रहे है। जिससे प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द डेसर व आया के भरोसे संचालित है। राखी बुजुर्ग में पदस्थ डॉक्टर माधव हसानी को संचालनालय स्वास्थ्य सेवाएँ, भोपाल के पत्र कमांक निस./डी.एम.एस./07 दिनांक 24/05/07 संयुक्त संचालक, स्वास्थ्य सेवाएँ इन्दौर की मांग के अनुसार न्यायालयीन प्रकरणो के निराकरण हेतु लीगल सेल में संलगनीकृत किया गया है। राखी बुजुर्ग व आस–पास के लोगों को अब स्वास्थ्य सेवाओं के लिए खेतिया अथवा पानसेमल भटकना पडता है। पानसेमल सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द में मात्र दो डॉक्टरो के भरोसे चल रहा है। वही पाटी झाबुआ आदिवासी बाहुल्य जिला है यहां 86 प्रतिशत भील, भिलाला समाज के लोग अपनी स्मिता के साथ स्वास्थ्य के लिए संघर्ष कर रहे हैं। सतपुडा की पहाडियों के बीच बसा होने के कारण क्षेत्र में आवागमन के साधनों की अत्यंत कमी है। अतः बीमार पडने पर रोगी के परिजन चारपाई को कंधों पर रखकर या मरीज को झोली में डालकर 15 से 20 कि.मी. उंची नीची पहाडीयॉ एवं घाटियों को पार करते हुए इलाज के लिए अस्पताल पहुचते हैं। जहॉ बंगाली डॉक्टरो की गिरफ्त में आकर या शासन द्वारा तैयार किये गये झोलाछाप डॉक्टर जो स्वीपर से लेकर हर स्तर के सभी कर्मचारी व अधिकारी अपनी निजी चिकित्सा या अन्य जांच केंद्र चला रहे। (Para & non paramedical) जो किसी न किसी रूप में लोगों का उपचार करने में लगे हुए है। दूसरी ओर यदि गरीब शासकीय चिकित्सालय में उपचार करने पहुंचता है तो उसकी बीमारी पर कोई ध्यान नही दिया जाता है। उसके साथ अच्छा व्यवहार नही किया जाता है। आवश्यक औषधियॉ अस्पताल से नहीं मिल पाती है। मरीज अस्पताल में आसानी से भर्ती नहीं हो पाता है, जिससे अन्ततः वह थक हारकर सरकारी डॉक्टरो के घर पर फीस देकर इलाज कराने को मजबूर होता है। इसके पश्चात मरीज को सारी सुविधाएँ मिल जाती है।

मध्यप्रदेश में महिला स्वास्थ्य की स्थिति

संध्या शैली, म.प्र. जनवादी महिला समिति

देश के 2007–08 के आर्थिक सर्वेक्षण के अनुसार मध्यप्रदेश की महिलाओं की जीवन प्रत्याशा केवल 57.5 वर्ष है। केवल यह आंकड़ा ही प्रदेश में महिलाओं के स्वास्थ्य की क्या स्थिति है यह बताने के लिए काफी है। इसके साथ ही एक कटु सत्य यह भी है कि प्रदेश में पुरूषों के अनुपात में महिलायें कम जिंदा रहती हैं जबकि जैविक दृष्टि से देखा जाये तो महिलाओं की शारीरिक प्रतिरोधक क्षमता अधिक होने से दुनिया में उनके अधिक समय तक जिंदा रहने की संभावना रहती है। खुद हमारे देश में पुरूषों की जीवन प्रत्याशा 62.3 है जबकि महिलाओं की 63.9 है।

दरअसल जीवन प्रत्याशा एक परिणाम है। वे परिस्थितियां जिनसे प्रभावित होकर महिलायें गुजरती हैं और जिनसे उनका स्वास्थ्य विपरीत रूप से प्रभावित होता है। इस परिणाम का आधार है प्रदेश की महिलाओं के स्वास्थ्य की जानकारी देने वाले कुछ और महत्वपूर्ण आंकड़े भी हमें जानने होंगे यदि हमें महिला स्वास्थ्य की पूरी जानकारी हासिल करनी है।

प्रदेश में महिला स्वास्थ्य की बैलेंस शीट

राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण–3 के अनुसार प्रदेश में –

1. सामान्य से कम बीएमआई वाली महिलायें 40.1 प्रतिशत हैं।
2. सामान्य रूप से खून की कमी से ग्रस्त महिलायें जिनकी उम्र 15 से 49 वर्ष के बीच है 57.6 प्रतिशत है।
3. 40 प्रतिशत से अधिक महिलाओं की पहली प्रसूति 18 से कम उम्र में हो जाती है।
4. खून की कमी की शिकार गर्भवती महिलायें 57.9 प्रतिशत है।
5. अपने प्रसव के पूर्व तीन नियमित जांच कराने वाली महिलायें 42.2 प्रतिशत ही हैं।
6. प्रदेश में संस्थागत प्रसव केवल 29.7 प्रतिशत महिलाओं के होते हैं। यद्यपि इस प्रतिशत को प्रदेश सरकार अब बढ़ाकर दिखा रही है।
7. प्रदेश की मातृ मृत्यु दर 397 प्रति लाख है।
8. प्रदेश की शिशु मृत्यु दर 70 प्रति हजार है जबकि इसी में महिला शिशु मृत्यु दर 93 प्रति हजार है।
9. प्रदेश की 54.3 प्रतिशत महिलायें मलेरिया संभावित क्षेत्रों में रहती हैं।
10. प्रदेश में बच्चों में कुपोषण बढ़ रहा है। 6–35 महीनों की उम्र के बीच के 82.6 प्रतिशत बच्चे खून की कमी के शिकार हैं।

महिलाओं के स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाले विभिन्न कारक

ऊपर दर्शाये गये आंकड़ों के चक्रव्यूह से बाहर निकलने और अल्मा अटा घोषणा के अनुसार काम करने के लिए पहले सरकारों को अपनी नीतियों, स्वास्थ्य विभाग की ढांचागत कमियों और समाज की सामंती मानसिकता में सुधार लाना होगा।

मध्यप्रदेश में स्वास्थ्य विभाग की स्थिति

प्रदेश में प्राथमिक चिकित्सा केन्द्रों से लेकर जिला अस्पतालों ओर मेडिकल कॉलेज के अस्पतालों तक का ढांचा है लेकिन जनसंख्या के अनुपात में इसकी संख्या काफी कम है। उदाहरण के लिए सामुदायिक चिकित्सा केन्द्र 561 होना चाहिए वहां इनकी संख्या केवल 278 है। प्राथमिक चिकित्सा केन्द्र 2245 के स्थान पर 1814 है ओर उप चिकित्सा केन्द्र 17506 के बजाय केवल 8834 हैं। लेकिन इसमें भयावह स्थिति यह है कि इन चिकित्सा केन्द्रों में भी

व्यवस्थायें अमानवीयता की स्थिति तक खराब है। उदाहरण के लिए जनवादी महिला समिति के सन 2006 में प्रदेश के पांच जिलों ग्वालियर, मुरैना, श्योपुर, शिवपुरी और भिंड से निकाले गये स्वास्थ्य जत्थे के दौरान पाया गया कि श्योपुर के जिला चिकित्सालय में एनेस्थीसिया की सुविधा नहीं है, मुरैना जिले के कैलारस चिकित्सा केन्द्र में चिकित्सकों की संख्या कम है, भिंड के जिला अस्पताल में सुदूर गांव से प्रसूति के लिए आई एक युवती को केवल इसलिए भर्ती नहीं किया गया कि उसकी प्रसूति के लिए दो दिन शेष थे अंततः उसके परिवार ने प्रसूति के लिए एक अप्रशिक्षित की सहायता ली जिससे उसके शरीर में फैले संक्रमण से उसकी मौत हो गयी। ऐसी अनेक घटनायें प्रदेश में होती रहती हैं। एक अध्ययन के अनुसार प्रदेश में रोज 24 महिलायें प्रसूति के दौरान अकाल मृत्यु की शिकार होती हैं। प्रदेश के चिकित्सालयों में सुविधाओं के अभाव के अलावा चिकित्सकों, नर्सों और अन्य कर्मचारियों की जबरदस्त कमी है। मध्यप्रदेश सरकार के 11 वीं योजना से संबंधित वार्षिक योजना के एक अध्ययन के अनुसार हर चार में से एक प्राथमिक चिकित्सा केन्द्र पर चिकित्सक और अन्य कर्मचारी नहीं हैं और इसका सबसे बुरा शिकार महिलायें होती हैं। इस परिस्थिति के बावजूद सरकार इससे निपटने के बजाये कुछ योजनायें चालू कर अपने कर्त्तव्य की इतिश्री कर लेती है इनमें से अधिकतर योजनायें भ्रष्टाचार की शिकार हो जाती हैं। इसके साथ–साथ वास्तविकता यह भी है कि सन 2001 से लेकर 2006 तक स्वास्थ्य के प्रदेश के बजट में मामूली वृद्धि ही हो पाई है यानि कुल बजट के 2.91 प्रतिशत से 3.05 प्रतिशत तक। बीच में 2004–05 में तो यह कम भी हो गया था। इसके अलावा लक्ष्य आधारित काम अस्पतालों के मानवीय काम को अमानवीय बना रहे हैं। मातृ मृत्यु दर में कमी करना और संस्थागत प्रसूतियों की संख्या को बढ़ाना राज्य सरकार का उद्देश्य है जिसके चलते प्रदेश के चिकित्सालयों में प्रसूति के बाद अति गंभीर अवस्था के बावजूद सद्यप्रसूता की अस्पताल से छुट्टी कर दी जाती है। पूर्व में बताये गये जनवादी महिला समिति के जत्थे के दौरान ही शिवपुरी के पोहरी ब्लॉक में एक आदिवासी महिला की मौत का मामला हमारे सामने आया था और इसी तरह के तीन मामले पिछले दो सालों में ग्वालियर के केवल एक प्रसूति गृह लक्ष्मीगंज प्रसूतिगृह में हो चुके हैं। इस तरह की लक्ष्य आधारित काम करने की तकनीक प्रदेश की महिलाओं की जिंदगी और उनके स्वास्थ्य को नहीं बचा सकता है। हां यह बात जरूर है कि सरकारी आंकड़ों में उनकी अकाल मृत्यु दर्ज नहीं होती है।

सामाजिक स्थिति

समाज में जनता और विशेष रूप से महिला के स्वास्थ्य का संबंध केवल चिकित्सालय और उससे जुड़ी स्वास्थ्य सेवाओं से ही नहीं होता है बल्कि समाज में फैली बेरोजगारी, गरीबी, अशिक्षा, संपत्ति, संपत्ति का असमान वितरण और पितृसत्तात्मक समाज व्यवस्था से भी होता है।

पितृसत्तात्मक व्यवस्था और महिलाओं का स्वास्थ्य

पितृसत्तात्मक व्यवस्था का महिला के प्रति दृष्टिकोण ही इस व्यवस्था का महिला स्वास्थ्य पर पड़ने वाले प्रभाव को दिखाई देता है। यह दृष्टिकोण जिसके कारण –

- पारंपरिक और सामाजिक रूप से यह समझ विकसित हुई है कि महिला को परिवार में सबसे बाद में और सबसे कम खाना चाहिये। इसी समझ के चलते महिला की शिक्षा और स्वास्थ्य सुविधाओं तक पहुंच भी कम होती है।
- घर व परिवार के वे सारे अदृष्य से काम जिनका बोझ महिला के कुपोषित होने के चलते काफी होता है उस महिला को और अधिक कमजोर व खून की कमी की शिकार बना देते हैं।
- आज भी जारी बाल विवाह के चलते राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण–3 के अनुसार प्रदेश में आज भी 44 प्रतिशत बच्चियों के विवाह 18 वर्ष के पहले हो जाते हैं। इस सर्वेक्षण के समय लगभग 15 से 19 वर्ष आयु वर्ग की 13.6 प्रतिशत लड़कियां विवाहित भी और मां बन चुकी थी या गर्भवती थीं।

- आज भी घर के अंदर और बाहर महिला विभिन्न प्रकार की हिंसा का शिकार होती है।
- बालिका शिशु के पैदा होने के प्रति एक स्थाई अरूचि होती है जिसके कारण बालिका भ्रूण हत्या, बच्ची के पैदा होने पर उसके पोषण पर ध्यान न देना और उसके विकास पर ध्यान न देना जारी है।

एक ओर सरकार परिवार नियोजन पर स्वास्थ्य योजनाओं में से सर्वाधिक खर्च कर रही है दूसरी ओर समाज की जो पितृसत्तात्मक व्यवस्था बड़े परिवार के लिए कारणीभूत है उसके खिलाफ जो अभियान चलाया जाना चाहिए उसके बारे में सरकारी एजेंसियां बोलने के बारे में तैयार नहीं हैं। एनएफएचएस 3 की रिपोर्ट बताती है कि प्रदेश में परिवार नियोजन अपनाने के लिए वे 91 प्रतिशत महिलायें जिनकी संतानों में एक लड़का एक लड़की है लेकिन समाज में व्याप्त पुत्र इच्छा के चलते जिन महिलाओं की दोनों संतानें लड़कियां हैं ऐसी केवल 376 महिलायें परिवार नियोजन अपनाने के लिए तैयार है। इस तरह से पुत्र इच्छा जनसंख्या वृद्धि का एक बहुत बड़ा कारण है। इसके अलावा यह सामाजिक दबाव महिला की स्वास्थ्य की स्थिति को भी बदतर बनाता है।

समाज की पितृसत्तात्मक व्यवस्था महिला के अपने स्वास्थ्य की रक्षा करने के अधिकार को भी छीन लेती है। महिला का खुद अपने शरीर पर भी अधिकार नहीं रहता है जिससे वह न तो अपने जिंदगी के साथी को चुन सकती है न ही यह तय कर सकती है कि वह उसके साथ संबंध बनाये या नहीं।

पितृसत्तात्मक व्यवस्था की समझ सरकारी दृष्टिकोण में भी मौजूद है इसी के चलते महिलाओं के स्वास्थ्य की चिंता भी सरकार उसके गर्भवती होने के बाद ही करती है। सरकार की तमाम योजनायें महिला के प्रजनन संबंधी गुण को ध्यान में रखते हुये बनाई जाती है। यहां तक कि अस्पताल भी प्रसूति गृह कहलाते हैं और महिला स्वास्थ्य कार्यकर्ता एएनएम अर्थात ऑक्जिलरी नर्स मिडवाइफ कहलाती है।

यह सामाजिक व्यवस्था जब वैश्वीकरण और उदारीकरण की सरकारी नीतियों के चलते गरीब और बेरोजगार होते जा रहे समाज में होती है तब महिला जो गरीब है और आर्थिक रूप से परिवार पर निर्भर है उसकी स्वासथ्य की स्थिति और आर्थिक चिंताजनक हो जाती है।

प्रदेश के दलित और आदिवासी समुदायों में महिला स्वास्थ्य

प्रदेश की सन् 2001 की जनगणना और राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण 3 के आंकड़े साफ की बताते हैं कि प्रदेश में विभिन्न क्षेत्रों के साथ–साथ विभिन्न समुदायों की महिलाओं की स्वास्थ्य की स्थिति भी अलग अलग है। उदाहरण के लिए 49.2 प्रतिशत आदिवासी महिलाओं का और 39.9 प्रतिशत दलित महिलाओं का बीएमआई सामान्य से कम है। इसके अलावा इन समुदायों की भी उप जातियों में महिला स्वास्थ्य की स्थिति में अंतर है। जैसे प्रदेश के सबसे गरीब आदिवासी समुदाय सहरिया समुदाय की महिलाओं और बच्चों की स्वास्थ्य की स्थिति के बारे में श्योपुर और उसके आसपास काम करने वाले कई गैर सरकारी संगठनों के समय–समय पर प्रकाशित होने वाले सर्वेक्षण स्पष्ट करते रहते हैं। बैतूल और उसके आस पास रहने वाली अति गरीब दलित जाति पारधी जिसे अभी भी सरकारी रिकार्ड में अपराध ी माना जाता है उस जाति की महिलाएं आज भी अपनी प्रसूति खुद करती है। अंधविश्वासों और कुप्रथाओं से जकड़े इस समुदाय के उत्थान के लिए सरकार के पास कोई योजना नहीं है। स्वाभाविक रूप से इसका मुख्य खामियाजा महिला अपने स्वास्थ्य और अपनी जिंदगी की बली देकर भुगतती है।

क्षेत्र वार स्वास्थ्य की स्थिति में अंतर

मध्य प्रदेश क्षेत्र की दृष्टि से जितना बड़ा है उतना ही क्षेत्र की परिस्थितियों की विभिन्नताओं की दृष्टि से भी है। प्रदेश के उत्तरी क्षेत्र में बालिका भ्रूण हत्याओं की घटनायें अधिक होती है तो बैतूल जिले में मलेरिया का प्रकोप

अधिक होता है वहीं बुरहानपुर जिले में सबसे अधिक टीबी के मरीज हैं। जबकि कुछ इलाकों में महिलाओं पीने के पानी से जन्य बीमारियों से पीड़ित हैं। इसके अलावा शौचालय का न होना भी स्वास्थ्य की स्थिति को बदतर बनाता है। ये सभी स्थितियां पितृतियां पितृस्त्तात्मक व्यवस्था में महिलाओं के लिये अधिक भयावह साबित होती है।

वैश्वीकरण की नीतियां और महिला स्वास्थ्य

1. खाद्य सुरक्षा

वैश्वीकरण की नीतियों का जनता की खाद्य से और स्वास्थ्य से गहरा संबंध है। मध्यप्रदेश के आर्थिक सर्वेक्षण 2006–07 के अनुसार प्रदेश में 44.77 लाख परिवार गरीबी रेखा के नीचे और 15.81 लाख अतिगरीबी के दायरे में आते हैं। यद्यपि योजना आयोग द्वारा बनाये गये मापदंडों के आधार पर गिने गये ये परिवार वास्तविक गरीबों से बेहद कम हैं लेकिन इन गरीबों को भी खाद्य सुरक्षा नहीं मिल पाई है। उदाहरण के लिए अति गरीबों के लिए तय पीले राशन कार्ड भी इस दायरे में आने वाले सभी परिवारों को नहीं मिल पाये है। इसके अलावा सरकार द्वारा तय राशन कार्ड भी राशन की दुकानों से लेकर उच्च सरकारी महकमों तक मचे भ्रष्टाचार के चलते जनता को नहीं मिल पाता है। ऐसी हालत में जबकि प्रदेश में 5 सदस्यों के एक परिवार की औसत प्रतिदिन की आमदनी 12.50 रूपये है और प्रति व्यक्ति प्रति माह भोजन पर खर्च 120 रूपये से अधिक करना पड़ रहा है तब ऐसी हालत में आवश्यकता पड़ने पर उस परिवार की महिला के स्वास्थ्य पर वह परिवार कितना खर्च कर पाता होगा इसकी कल्पना की जा सकती है। इसके बावजूद हालत यह है कि सरकारी स्वास्थ्य सेवाओं की अपेक्षा प्रदेश की जनता निजी सेवाओं पर अधिक निर्भर है। उदाहरण के लिए प्रदेश में जनता की स्वास्थ्य रक्षा के लिए किये गये खर्च में खुद जनता द्वारा किया गया खर्च कुल खर्च का 85 प्रतिशत होता है, संदर्भ – इंडियाज हेल्थ इनिशियेटिव, अक्टूबर 2007।

2. बढ़ती गरीबी और बेरोजगारी

प्रदेश में वर्तमान में गरीबी रेखा के नीचे रहने वाले परिवार की संख्या दरअसल वैश्वीकरण की नीतियों के चलते होने वाले उस विकास के कारण बढ़ी है जो रोजगार खत्म करने वाला विकास है। मध्य प्रदेश सरकार के 2006–07 के तुलना में वृद्धि हुई है। बढ़ती बेरोजगारी न केवल गरीबी बढ़ाती है वरन समाज में विकृतियां पैदा करती हैं जिससे महिलाओं पर हिंसा की घटनायें बढ़ती है और बालिका भ्रूण हत्या की घटनायें भी बढ़ती हैं। निश्चित रूप से इन सबका महिला के स्वास्थ्य पर विपरीत प्रभाव पड़ता है।

3. स्वास्थ्य सेवाओं का निजीकरण

वैश्वीकरण ने सरकारी स्वास्थ्य सेवाओं को बेहद विपरीत तरीके से प्रभावित किया है। नब्बे के दशक से पूरे देश के साथ–साथ हमारे प्रदेश में भी सिलसिलेवार तरीके से सरकारी स्वास्थ्य तंत्र को कमजोर करके उसके विकल्प के रूप में निजी स्वास्थ्य सेवाओं को बढ़ाने की कोशिश की जा रही है।

एक सर्वेक्षण के अनुसार प्रदेश में 2002 में प्रति व्यक्ति सरकार द्वारा स्वास्थ्य पर केवल 861 रूपये प्रति वर्ष खर्च किये जा रहे थे जबकि स्वास्थ्य पर वह व्यक्ति खुद 85 प्रतिशत खर्च कर रहा था। जबकि उस समय प्रदेश सरकार अपनी कुल घरेलू उत्पाद का केवल 11 प्रतिशत अपनी जनता की स्वास्थ्य रक्षा के लिए खर्च कर रही थी। यह खर्च अब और भी कम हुआ है। अभी हाल में प्रदेश के स्वास्थ्य मंत्री ने ग्रामीण इलाकों में और शहरी गरीब बस्तियों में सरकारी स्वास्थ्य सुविधायें मजबूत करने के बजाये स्वास्थ्य की तमाम सरकारी योजनाओं का लाभ निजी चिकित्सालयों के माध्यम से उठाने की छूट देकर दरअसल उन निजी चिकित्सकों का ही फायदा किया है।

यदि हम यह भी देखें कि आखिर सरकार का अधिकतर खर्च कहां हो रहा है तो हम पायेंगे कि मुख्य रूप से पल्स पोलियो और एड्स कंट्रोल के नाम से खर्च किया जा रहा है जबकि सरकारी अस्पतालों, मूल स्वास्थ्य सुविधाअयों यहां तक कि आवश्यक टीकाकरण में भी खर्च नहीं हो पा रहा है। एनएफएचएस–3 का सर्वेक्षण बताता है कि आज भी पूर्ण रूप से टीकाकरण हुये बच्चे प्रदेश में केवल 40.3 प्रतिशत हैं जबकि यही प्रतिशत ग्रामीण बच्चों के लिये केवल 31 है।

उसके अलावा स्वास्थ्य संबंधी प्रमुख कार्यक्रम अधिक से अधिक किसी विदेशी फंड देने वाली संस्था या फिर किसी बड़े एनजीओ के माध्यम से किया जाना शुरू किया गया है जो धीरे–धीरे सरकार द्वारा अपनी जिम्मेदारियों से हाथ खींचने की दिशा में उठाया जाने वाला ही कदम है। इस तरह स्वास्थ्य विभाग के एक व्यवस्थित ढांचे को बनाने और जनता को एक संपूर्ण स्वास्थ्य कवच उपलब्ध कराने के बजाये सरकार जनता के सहयोग को प्रोत्साहित के नाम पर निजी चिकित्सा संस्थानों या एनजीओ को कभी टीकाकरण करने तो कभी प्रसूति पश्चात देखभाल करने या फिर केवल परिवार नियोजन कार्यक्रम चलाने का ठेका देने का काम कर रही है। ये सारे कदम महिलाओं के स्वास्थ्य के विपरीत जा रहे हैं।

नकली दवाइयों का बड़ा बाजार

प्रदेश के गांवों और शहरी गरीब बस्तियों में नकली दवाइयों का एक बड़ा बाजार विकसित हो गया है। निकले स्तर पर स्वास्थ्य ढांचा न होने और सरकारी तंत्र द्वारा विकसित किसी भी प्रकार के नियंत्रण के अभाव में यह बाजार काफी फल फूल रहा है। कई बार पर परचूनी की दुकानों पर मिलने वाली सस्ती दवाइयों के सेवन से महिलायें और बच्चे प्रभावित हो रहे हैं।

झाड़फूंक और अंधविश्वास

ग्रामीण क्षेत्रों में अंधविश्वासों के चलते आज भी लोग झाड़फूंक पर विश्वास करते हैं। इसके अतिरिक्त महिलाओं के खिलाफ इसका उपयोग कई बार उनकी जायदाद हड़प करने के लिए भी किया जा रहा है। साथ ही सरकारी तंत्र द्वारा इस पर सख्ती से पाबंदी लगाने की कोशिशें न होने से यह सब फैल भी रहा है। अभी प्रदेश सरकार ने यद्यपि झाड़फूंक के उपयोग पर पाबंदी लगाने वाला आदेश जारी किया है लेकिन जिस प्रदेश के प्रशासनिक सेवा के अधिकारी भी इस अंधविश्वास की चपेट में हो उदाहरण के लिए जबलपुर के पास किसी पत्थर वाले बाबा से इलाज करवाने जबलपुर के कलेक्टर अपने परिवार सहित गये और इसकी खबरें भी छपीं। यह घटना प्रदेश सरकार द्वारा पाबंदी लगाने के बाद हुई। आदिवासी क्षेत्रों में स्वास्थ्य सेवायें नगण्य होने और ओझाओं का आदिवासियों पर दबदबा होने से कई कर्मकांड जारी है।

विकसित तकनीक का दुरूपयोग

पिछले कई सालों से बहुराष्ट्रीय कंपनियाँ। हमारे देश और साथ ही प्रदेश की महिलाओं का परिवार नियोजन के साधनों और गर्भरोधकों के संबंध में गिनी पिग की तरह इस्तेमाल कर रही है। जनवादी महिला समिति जैसे संगठनों ने आंदोलनों और अभियान के द्वारा कई गर्भ निरोधकों पर प्रतिबंध लगवाया है लेकिन हमारी सरकारें इस दिशा में उनकी जिम्मेदारियां नहीं निभा रही हैं। ये हमारे बेहद अविकसित गांवों में भी उपयोग की जा रही हैं। यह सब उन निजी चिकित्सकों के द्वारा हो रहा है जिनकी इस समाज और जनता के प्रति कोई जिम्मेदारी नहीं है। यह एक बेहतरीन उदाहरण है जिससे यह समझा जा सकता है कि सामाजिक उत्पीड़नों को समझें बिना हमें नयी तकनीक का उपयोग समाज में करने की इजाजत नहीं देना चाहिये। क्योंकि अल्ट्रासाउंड जैसी तकनीक जिसकी इजाद महिलाओं की जिंदगी

को सुधारने और उनकी सुरक्षित प्रसूति के उद्देश्य के साथ हुई थी आज उसका उपयोग हमारे समाज में इसके ठीक उलट उद्देश्य के लिए हो रहा है यानि समाज से महिलाओं को ही खत्म करने के लिए।

परिवार नियोजन की उल्टी समझ

महिला के स्वास्थ्य को परिवार नियोजन से जोड़ कर देखा जाता है लेकिन हमारे समाज में परिवार नियोजन महिला कभी मजबूरी में तो कभी दबाव में अपनाती है। आज भी प्रदेश में महिलाओं के परिवार नियोजन के ऑपरेशन पुरूषों की अपेक्षा अधिक होते हैं।

दरअसल हमारे नीति निर्धारकों की उल्टी समझ इसके लिए जिम्मेदार है जिसके अनुसार जन्म दर कम करने से समाज का विकास संभव है। जबकि वास्तविकता इसके ठीक उलट है। दुनिया भर के और खुद हमारे देश में केरल के उदाहरण से स्पष्ट है कि महिला साक्षरता, भूमि सुधार, आम जनता की बढ़ी हुई क्रय शक्ति और विस्तृत सरकारी स्वास्थ्य सेवायें न केवल महिलाओं की स्वास्थ्य की स्थिति को बेहतर बनाती है वरन जन्मदर कम करने में भी सहयोग देती है।

कुल मिलाकर महिलाओं की स्वास्थ्य की स्थिति हम तब तक नहीं बदल सकते है जब तक कि स्वास्थ्य के सामाजिक मापदंडों के अनुसार हम काम नहीं करते है। साफ पीने के पानी में जनता तक पहुंचाने और शौचालयों के प्रयोग से अधिकतर बीमारियां खत्म की जा सकती है। आज हमारी स्वास्थ्य सेवायें उपचार करने वाली है उन्हें बीमारियों से बचाव में मदद करने वाली सेवाओं में तब्दील करना होगा। महिलाओं को सुरक्षित घर, रोजगार, उपयुक्त वेतन और आराम करने के लिए पर्याप्त समय उनके स्वास्थ्य की स्थिति को सुधारा सकता है। इस स्थिति तक पहुंचने के लिए एक विस्तृत जन आंदोलन और विभिन्न अभियानों की आवश्यकता है। इन आंदोलनों की धार सरकार की वर्तमान उदारीकरण और निजीकरण की नीतियों को पलटने, स्वास्थ्य पर सरकारी खर्च बढ़ाने और जनता के जीवन स्तर को बढ़ाने की ओर होना चाहिए।

मध्यप्रदेश में बच्चों के स्वास्थ्य की स्थिति

सचिन जैन, विकास संवाद

भूमिका

'सबके लिए स्वास्थ्य' – 1978 में अल्मा आटा के अंतर्राष्ट्रीय सम्मेलन ने स्वास्थ्य नीतियों के विकास में एक अहम भूमिका निभाई है। सम्मेलन में सभी लोगों तक स्वास्थ्य पहुंचाने की बात रखते हुये स्वास्थ्य की एक नई परिभाषा दी गई। साथ ही, उसमें यह तय किया गया कि 2000 तक 'सभी के लिए स्वास्थ्य' उपलब्ध करा दी जाएगी और इसके लिए उसी वक्त से पहल शुरू की गई।

स्वास्थ्य की व्यापकता की वकालत भारतीय संविधान का अनुच्छेद –47 भी करता है। इसमें 'सबके लिये स्वास्थ्य' को व्यापक अर्थ में कहा गया है। इसमें यह उल्लेखित है कि सरकार का दायित्व यह सुनिश्चित करना है कि सस्ती व उत्तम स्वास्थ्य सेवाओं, सुरक्षित पेयजल तथा स्वच्छता प्रबंध, पर्याप्त पोषण, वस्त्र, आवास तथा रोजगार तक हर किसी की पहुंच हो और वर्ग, जाति, लिंग या समुदाय के आधार पर किसी के साथ भेदभाव न हो। यानी जब हम स्वास्थ्य की बात करेंगे तो वह महज रोग या रोग का प्रतिरोध तक सीमित न रहने वाली चीजों के बजाय उससे जुड़ी पूरक स्थितियों पर भी केन्द्रित होगी।

> ***संविधान का अनुच्छेद–47 का व्यापक अर्थ सबके लिये स्वास्थ्य की दिशा में 'यह सुनिश्चित करना है कि सस्ती व उत्तम स्वास्थ्य सेवाओं, सुरक्षित पेयजल तथा स्वच्छता प्रबन्ध, पर्याप्त पोषण, आवास तथा रोजगार तक हर किसी की पहुंच हो। साथ ही वर्ग, जाति, लिंग या समुदाय के आधार पर किसी के साथ भेदभाव न हो।'***
> ***'स्वास्थ्य भौतिक, मानसिक एवं सामाजिक सभी में पूर्ण रूप से कुशलता की अवस्था है। मात्र रोग की अनुपस्थिति ही स्वास्थ्य नहीं है।' स्वास्थ्य के विषय में 1978 आल्मा आटा में हुए अंतर्राष्ट्रीय सम्मेलनस के इस घोषणा पत्र का यह वाक्य बड़ा ही उल्लेखनीय है।***

यहां एक अन्य तथ्य को समझना भी जरूरी है कि स्वास्थ्य के मसले के भीतर एक सूक्ष्म भिन्नता है और वह यह कि 'स्वास्थ्य' और 'स्वास्थ्य सेवायें' दो अलग–अलग भाग हैं, पर हम कभी–कभार इसे एक मानने की भूल कर बैठते हैं। क्योंकि प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा एक ऐसी स्वास्थ्य सेवा होती है, जो कि ऐसी विधियों व तकनीकों पर आधारित होती है जिन तक आम आदमी व साधारण परिवारों की पहुंच हो और जिसमें समाज की पूर्ण हिस्सेदारी हो, लेकिन जब हम स्वास्थ्य की बात करेंगे तो हमें अनुच्छेद – 47 के तहत व्याख्यायित व्यापकता को आधार मानना होगा।

बच्चों का स्वास्थ्य

वर्ष 2000 में 3–6 सितम्बर को संयुक्त राष्ट्र की एक बैठक न्यूयार्क सिटी के संयुक्त राष्ट्र कार्यालय में आयोजित की गई थी, जिसमें दुनिया भर से अनेक राष्ट्रों के राष्ट्राध्यक्ष, शासन प्रमुख, प्रधानमंत्री आदि शामिल हुए थे। यह बहुत ही महत्वपूर्ण बैठक थी। इस बैठक में 189 देश शामिल हुए थे। बैठक का मुख्य उद्देश्य था 21वीं सदी में संयुक्त राष्ट्र की भूमिका में बदलाव लाना। इसके परिणाम में संयुक्त राष्ट्र सहस्त्राब्दि घोषणा की गयी। घोषणा में 8 लक्ष्यों को निर्धारित किया गया, जिसे सहस्त्राब्दि विकास लक्ष्य नाम दिया गया।

सहस्त्राब्दि विकास लक्ष्यों के तहत चौथा लक्ष्य बाल मृत्यु दर को कम करना है। पूरी दुनिया में 1990 की स्थिति से 2015 तक 5 वर्ष से कम उम्र के बच्चों की मृत्यु को दो तिहाई कम करने का लक्ष्य निर्धारित किया गया है। यानी यदि 100 बच्चे प्रति हजार मृत्यु हो रही है तो उसे 33 बच्चे प्रति हजार पर लाना होगा। संयुक्त राष्ट्र विकास

कार्यक्रम के अनुसार विकासशील देशों में पांच वर्ष तक के प्रति हजार बच्चों में 100 की मृत्यु हो जाती है। उनकी मौत का कारण वे बीमारियां होती हैं, जो सहजता से ठीक हो सकती है या फिर नियंत्रित की जा सकती है। इस तथ्य को देखते हुए यह मानना लाजिमी है कि विश्व में बच्चों के स्वास्थ्य की स्थिति चिंतनीय है और इसी वजह से शिशु मृत्यु दर में भी कमी नहीं दिख रही है।

विश्व में भारत देश अपने औद्योगिक व आर्थिक विकास के नये कीर्तिमान स्थापित कर अलग पहचान बना ली है पर बच्चों के स्वास्थ्य के मामले में स्थिति अभी भी चिंताजानक बनी हुई है। एनएफएचएस – 3 सर्वेक्षण के अनुसार देश में पांच वर्ष से कम आयु के लगभग आधे बच्चे (60.2 प्रतिशत) कुपोषित हैं। इसी सर्वेक्षण के अनुसार सन् 1998–99 से लेकर सन् 2005–06 की अवधि में 6–35 माह के बच्चों में एनेमिया (खून की कमी) का स्तर 74 प्रतिशत से बढ़कर 79 प्रतिशत हो गया है।

मध्यप्रदेश की स्थिति

मध्यप्रदेश में आज बच्चों के स्वास्थ्य की स्थिति देखें तो यहा भी स्थिति बहुत अच्छी नहीं है। भारत सरकार के आर्थिक सर्वेक्षण 2007–08 के अनुसार शिशु मृत्यु दर के मामले में मध्यप्रदेश अव्वल है। प्रतिदिन प्रदेश में 371 शिशु एवं 35 महिलायें प्रसव के दौरान या प्रसव में आई जटिलताओं के कारण दम तोड़ रही है। ऐसे में प्रदेश में बच्चों के स्वास्थ्य की स्थिति दयनीय है। संस्थागत प्रसव को बढ़ावा देने में लगी सरकार ने अधोसंरचना विकास की प्राथमिकता स्पष्ट नहीं की है और एक के बाद योजनायें लादकर वाहवाही लूट रही है।

प्रस्तुत दस्तावेज में मध्यप्रदेश में बच्चों के स्वास्थ्य से संबंधित विभिन्न पहलुओं जैसे – शिशु मृत्यु दर, बच्चों के पोषण की स्थिति, पौष्टिक भोजन की उपलब्धता, बच्चों मे एनेमिया, स्वास्थ्य व पोषण सेवाओं की स्थिति, टीकाकरण एवं विभिन्न नीतिगत मसलों को उठाया गया है।

प्रदेश	**शिशु मृत्यु दर**		
	कुल	ग्रामीण	शहरी
बिहार	60	62	45
उत्तरप्रदेश	71	75	53
मध्यप्रदेश	**74**	**79**	**52**
उड़ीसा	73	76	53
केरल	15	16	12

शिशु मृत्यु दर

मध्यप्रदेश शिशु मृत्यु के मामले में अव्वल स्थान पर है। यहाँ 74 बच्चे प्रति 1000 की जनसंख्या पर असमय काल के गाल में समा जाते हैं, जिसमें से ग्रामीण क्षेत्रों के 79 तथा शहरी क्षेत्रों में 52 शिशु होते हैं। अन्य राज्यों से तुलना करें तो हम पाते हैं कि अन्य बीमारू कहे जाने वाले राज्यों जैसे – बिहार, उत्तरप्रदेश एवं उड़ीसा की स्थिति भी मध्यप्रदेश से बेहतर है। 1993 में प्रदेश में शिशु मृत्यु दर 106 थी, जो कि घटकर 2003 में 82 आ गई, पर राष्ट्रीय स्तर पर यह कमी 1993 में 74 से घटकर 57 पर पहुंच गई।

दसवीं पंचवर्षीय योजना के एप्रोच पेपर में सन् 2007 तक यह दर '45 प्रति हजार जीवित जन्म' पर लाने का लक्ष्य रखा गया, पर क्रियान्वयन की स्थिति और निपटने के तरीकों से स्थिति पर काबू नहीं पाया जा सकां वर्तमान

में प्रदेश में 371 शिशुओं की प्रतिदिन मौत हो जाती हैं। बाल मृत्यु दर 144 प्रति हजार है। राज्य शासन वर्तमान में संस्थागत प्रसव को बढ़ावा देकर शिशु मृत्यु को रोकने का प्रयास कर रहा है, पर अन्य पूरक स्थितियों को नजरअंदाज किये हुये है।

मध्यप्रदेश में बाल स्वास्थ्य की स्थिति

क्रम	सूचक	वर्ष	मध्यप्रदेश	भारत	स्त्रोत
1.	शिशु मृत्यु दर (प्रति 100 जीवित जन्म पर)	2007	74	57	एसआरएस
2.	शिशु मृत्यु दर – ग्रामीण	2007	79	62	एसआरएस
3.	शिशु मृत्यु दर – नगरीय	2007	52	39	एसआरएस
4.	शिशु मृत्यु दर – महिला	2007	77	59	एसआरएस
5.	शिशु मृत्यु दर – पुरुष	2007	72	56	एसआरएस
6.	5 वर्ष से कम मृत्यु दर (प्रति 100 जीवित जन्म पर)	1998–2002	144	98	एसआरएस
7.	5 वर्ष से कम मृत्यु दर (पुरुष)	1998–2002	134	90	एसआरएस
8.	5 वर्ष से कम मृत्यु दर (महिला)	1998–2002	157	107	एसआरएस
9.	पूर्णतः टीकाकृत बच्चों का प्रतिशत (12 से 23 माह)	2005–06	40.3	43.5	एनएफएचएस 3
10.	उन बच्चों का प्रतिशत जिन्होंने विटामिन ए की कम से कम एक खुराक ली है, उनका प्रतिशत (12 से 23 माह)	2005–06	16.1	21.0	एनएफएचएस 3
11.	डायरिया से प्रभावित बच्चों का प्रतिशत (12 से 23 माह)	2005–06	28.6	26.2	एनएफएचएस 3
12.	प्रशिक्षित स्वास्थ्य कार्यकर्ता द्वारा जन्म का प्रतिशत	2005–06	37.1	48.2	एनएफएचएस 3
13.	संस्थागत प्रसव का प्रतिशत	2005–06	29.7	40.7	एनएफएचएस 3

- 5 वर्ष तक के कुपोषित बच्चों की संख्या 1998–99 में 53.5 प्रतिशत की तुलना में 2005–06 में 60 प्रतिशत हो गई है। (स्रोत– एनएफएचएस–3, 2005–06)
- तीन वर्ष तक के उन बच्चों की संख्या, जिन्हें जन्म के समय मां का दूध मिल पाता है, मात्र 14.9 प्रतिशत है। (स्रोत– एनएफएचएस–3, 2005–06)
- माँ के दूध का सेवन कर पाने वाले 5 माह तक के बच्चों की संख्या 21.6 प्रतिशत है। (स्रोत– एनएफएचएस–3, 2006)
- मध्यप्रदेश में प्रति 5 मिनट पर एक शिशु की मृत्यु होती है। (यूनीसेफ)

- मिड टर्म हेल्थ सेक्टर स्ट्रेटजी – 2006, म.प्र. में वर्ष 2015 तक शिशु मृत्यु दर प्रति हजार शिशु पर 53.14 तक लाने का लक्ष्य रखा गया है, जो सहस्त्राब्दि विकास लक्ष्यों से कतई मेल नहीं खाता।

बच्चों में कुपोषण

कुपोषण एक ऐसा चक्र है जिसके चंगुल में बच्चे अपनी मां के गर्भ में ही फंस जाते हैं। उनके जीवन की नियति दुनिया में जन्म लेने के पहले ही तय हो जाती है। यह नियति लिखी जाती है गरीबी और भुखमरी की स्याही से। स्थिति गंभीर होने पर जीवन में आशा की किरणें भी नहीं पनप पाती हैं। कुपोषण के मायने होते हैं आयु और शरीर के अनुरूप पर्याप्त शारीरिक विकास न होना, एक स्तर के बाद यह मानसिक विकास की प्रक्रिया को भी अवरूद्ध करने लगता है। बहुत छोटे बच्चों खासतौर पर जन्म से लेकर 5 वर्ष की आयु तक के बच्चों को भोजन के जरिये पर्याप्त पोषण आहार न मिलने के कारण उनमें कुपोषण की समस्या जन्म ले लेती है। इसके परिणाम स्वरूप बच्चों में रोग प्रतिरोधक क्षमता का ह्रास होता है और छोटी–छोटी बीमारियां उनकी मृत्यु का कारण बन जाती हैं।

श्योपुर जिले के पातालगढ़ गांव में फरवरी 2005 में एक के बाद एक 13 बच्चों की कुपोषण के कारण मृत्यु हुई थी। संघर्ष और बहस के हर मंच पर यह मुद्दा उठा। सर्वोच्च न्यायालय के आयुक्तों ने वहां आंगनबाड़ी खोलकर कुपोषण खत्म करने के निर्देश दिये किन्तु चूंकि कुपोषण सरकार का प्राथमिक मुद्दा नहीं है इसलिये वहां आंगनबाड़ी नहीं खोली गई। परिणाम यह हुआ कि मार्च से मई 2006 के बीच वहां फिर 10 बच्चे असामयिक मौत के शिकार हो गये। इस गांव में घटना के पूर्व की अवधि तक तीन सालों में केवल पांच दिन का सरकारी रोजगार ग्रामीणों को मिला, अस्पताल 63 किलोमीटर दूर, मध्यान्ह भोजन और आंगनबाड़ी योजना का कोई अस्तित्व नहीं (क्योंकि यहां की जनसंख्या 700 से कम है), ऐसे में प्रसव के दौरान यहां हर 10 में से एक महिला की मृत्यु हो जाती है क्योंकि उन्हें भोजन नहीं मिलता है। जब एक नवजात शिशु की मां गुड्डी से पूछा गया कि अब इस बच्चे को आप अपना दूध कब पिलाओगी?तो उसका जवाब था, "कहां से पिलाऊंगी?जब मैंने ही 7 दिन से कुछ नहीं खाया है तो दूध कहां से उतरेगा?" वास्तव में संकट असुरक्षित मातृत्व से शुरू होता है और कुपोषण की कभी न मिटने वाली इबारत का रूप ले लेता है।

प्रदेश में पाँच वर्ष से कम आयु के आधे से अधिक बच्चे कुपोषित है। सवाल केवल आंकड़ों का नहीं है बल्कि उस कड़वी सच्चाई का है जो यह बताती है कि चमकदार विकास की दौड़ में छोटे बच्चों को कुचलते हुये हम आगे बढ़ रहे हैं। विडम्बना यह है कि यह सच्चाई मध्यप्रदेश के लिये सबसे ज्यादा कड़वी है क्योंकि जिस निरंतरता से इस राज्य को प्रगति और उन्नति के लिये पुरस्कार–सम्मानों से नवाजा जा रहा है, उसी दौड़ में राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण–तीन (एन.एफ.एच.एस–तीन) से पता चलता कि पिछले आठ वर्षों (एनएफएचएस के दूसरे और तीसरे सर्वेक्षण के बीच की अवधि) में मध्यप्रदेश में कुपोषित बच्चों की संख्या में पांच फीसदी का गंभीर इजाफा हुआ है। राज्य में पोषण आहार की कमी स्वास्थ्य सेवाओं के अभाव और पारिवारिक खाद्य असुरक्षा के कारण भुखमरी के शिकार होते बच्चों की संख्या 54 फीसदी से बढ़कर 60.3 प्रतिशत पर पहुंच गई है।

जो लोग मानते हैं कि कुपोषण का व्यापक समाज से कोई संबंध नहीं है उन्हें अब यह समझ लेना होगा कि शारीरिक और मानसिक क्षमताओं का विकास न हो पाने की स्थिति में न तो औद्योगिकीकरण फलदायी होगा न ही आठ और दस फीसदी की विकास दर के सपने को सच ही किया जा सकेगा। सबसे दुःखद बात यह भी है कि दुनिया के सबसे गंभीर कुपोषण ग्रस्त इलाके और समुदाय भी मध्यप्रदेश में ही है। दूसरी ओर महाराष्ट्र में कुपोषण 10 फीसदी, राजस्थान में 7 फीसदी, छत्तीसगढ़ में 9 फीसदी और उत्तरप्रदेश में 5 फीसदी कम हुआ है। ऐसा नहीं है कि पहले कुपोषण का संकट इतना गंभीर नहीं था। सच यह है कि बाल अधिकारों के अन्य पक्षों की तरह ही इसे भी लगातार नजरअंदाज ही किया गया क्योंकि बच्चे न तो वोट बैंक होते हैं और न ही वे विधानसभा के सामने धरने पर बैठकर अपने पोषण के अधिकारों की लड़ाई लड़ सकते हैं। बहरहाल विकास की असमान नीतियों ने उन्हें एक लगातार जारी

रहने वाली भूख हड़ताल पर जरूर बिठा रखा है। उम्मीद यह जरूर की जाती रही है कि शायद जनप्रतिनिधि लोकतंत्र के सदनों (विधानसभा और लोकसभा) में ऐसी नीतियों के निर्माण की पहल करेंगे जिनसे बच्चों को पोषण का बुनियादी अधिकार सम्मानजनक तरीके से मिल सके किन्तु अफसोस कि इस विषय को प्रश्नकाल में भी बहुत कम समय मिलता है। बच्चों को कुपोषण से मुक्ति के लिये तो एक मर्तबा भी हंगामा इन सदनों में नहीं बरपा। अब इस सवाल पर विश्लेषण होना लाजिमी हो जाता है कि जब बार–बार यह कहा जा रहा है कि हर तरफ विकास हो रहा है तो फिर दूसरी तरफ कुपोषण में इतनी गंभीर वृद्धि की वजहें क्या है?बिना पूर्वाग्रह के गांव और शहर की बस्तियों में कुछ दिन बिताने पर इस सवाल का जवाब खुद–ब–खुद मिल जाएगा।

कुपोषण वस्तुतः एक स्तर के बाद स्वास्थ्य का मुद्दा बन जाता है, पर मध्यप्रदेश में कुपोषण के संदर्भ में स्वास्थ्य विभाग की भूमिका आपको चिराग लेकर ढूंढने पर भी नजर नहीं आयेगी। एएनएम (गांव का भ्रमण करने वाली नर्स बहनजी) से लेकर राज्य स्तर पर नीतियां बनाने वाले तक इस संकट की घड़ी में बच्चों के साथ खड़े होने के लिये तैयार नहीं हैं। और फिर जब बच्चों की कुपोषण के कारण मृत्यु हो जाती है तो वे किसी बीमारी का नाम दर्ज करके मृत्यु प्रमाणपत्र जरूर जारी कर देते हैं।

कुपोषण का मुद्दा मूलतः परिवार की खाद्य सुरक्षा से सीधा संबंध रखता है। यदि परिवार को जनकल्याणकारी योजनाओं का लाभ और सुरक्षित आजीविका का अधिकार नहीं मिलता है तो स्वाभाविक है कि कुपोषण की समस्या को समाप्त नहीं किया जा सकेगा। अब जबकि यह पता चल ही गया है कि मध्यप्रदेश में कुपोषण घटने के बजाय बढ़ रहा है तो इसका मतलब यह है कि सरकार को यह मान लेना होगा कि वह जनकल्याणकारी योजनाओं और रोजगार–आजीविका के क्षेत्र में जनोन्मुखी पहल नहीं कर पाई है। यहाँ ये भी आवश्यक है कि हम सरकार केवल उन्हें न माने, जो सत्ता में हैं, बल्कि वे भी इसमें भागीदार है जो चुने हुये जनप्रतिनिधि हैं और किसी न किसी रूप में नीतियां बनाने, निगरानी करने का काम करते हैं। इन परिवारों की जिम्मेदारी समाज को भी उतनी ही गंभीरता से स्वीकार करना होगी; क्योंकि समाज का मौन, संकट को विकराल बना रहा है।

आंगनबाड़ी

सबसे अहम् जवाब तो यही है कि बच्चों की खाद्य सुरक्षा और स्वास्थ्य के मुद्दे को मुख्यधारा के विकास का केन्द्रीय विषय माना ही नहीं गया है। इसके लिये एकीकृत बाल विकास परियोजना चला कर सरकार ने अपने काम को पूरा मान लिया।

आइसीडीएस (समेकित बाल विकास परियोजना)योजना का सच भी कुछ कम कड़वा नहीं है। वर्ष 2001 से 2005 तक की अविध में महिला एवं बाल विकास विभाग को कुल 1685.64 करोड़ रुपये का बजट आवंटित किया गया जिसमें से महज 1210.34 करोड़ रुपये की राशि खर्च हो पाया। यानी 475.30 करोड़ रुपये तो उपयोग में ही नहीं आ पाया। एक तरह से पांच में से दो वर्ष का बजट ही खर्च नहीं हो पाया। विश्लेषण से पता चलता है कि प्रदेश के 1.06 करोड़ बच्चों को पोषण और स्कूल पूर्व शिक्षा का अधिकार उपलब्ध कराने हेतु 6500 करोड़ रुपये पोषण आहार के लिये, आंगनबाड़ियों के रखरखाव के लिये 125 करोड़ रुपये और नई आंगनबाड़ियों के रखरखाव के लिए 650 करोड़ रुपये की जरूरत है। दूसरे अर्थों में सरकार को यदि वास्तव में बच्चों के प्रति संवेदनशीलता दर्शानी है तो बहुराष्ट्रीय कम्पनियों को मुफ्त जमीन बांटने के बजाय इस क्षेत्र में प्रावधान को चार गुना बढ़ाना होगा।

पीड़ा देने वाली बात तो यही है कि अभी प्रदेश में कुल 23 फीसदी बच्चे ही आंगनबाड़ियों में दर्ज हैं यानी सामान्य बच्चों तक पहुंचने की बात तो दूर, हम अभी कुपोषित बच्चों तक भी नहीं पहुंच पाये हैं। मध्यप्रदेश के संदर्भ में नियंत्रक एवं महालेखा परीक्षा के महालेखाकार की रिपोर्ट सच्चाई को यह कहकर और कड़वा बना देती है कि यह कार्यक्रम 52 से 62 फीसदी बच्चों और 46 से 59 फीसदी गर्भवती–धात्री महिलाओं तक अंशमात्र भी नहीं पहुंचता है।

निगरानी व्यवस्था चरमराई हुई है। कुपोषण और बच्चों के स्वास्थ्य से जुड़े प्रयासों के प्रति राजनैतिक प्रतिबद्धता का अभाव भी साफ तौर पर देखा जा सकता है। अब न तो समुदाय स्वयं कोई सवाल–जवाब करने को तैयार है और न ही बच्चे को भूख से लिपटकर सोते देखते हुये किसी आम आदमी का खून खौलता है। ऐसे में कुपोषण के बढ़ते दायरे के लिये केवल सरकार को दोषी नहीं ठहराया जा सकता है। एनएफएचएस के दूसरे सर्वेक्षण के बाद वर्ष 2001 से सरकार ने कुपोषित बच्चों की पहचान के लिये बाल संजीवनी अभियान शुरू किया है, पर यह अभियान भी बच्चों को केवल तराजू में बिठाकर बच्चों का वजन मापने की गतिविधि तक सीमित रह गया है। आज भी हजारों बस्तियां, बसाहट और गांव आंगनबाड़ी विहीन है जहां तक न तो नियमित रूप से पोषण आहार पहुंचता है न ही बच्चों के विकास के लिये कोई शैक्षिक गतिविधियां आयोजित होती हैं। यह सही है कि इस मुद्दे पर अब राज्य और केन्द्र सरकार टकराव की मुद्रा में आमने–सामने हैं। क्योंकि राज्य सरकार बाल संजीवनी अभियान के दस्तावेजों के आधार पर कहती है कि मध्यप्रदेश में कुपोषण घटकर 49 प्रतिशत के स्तर पर आ गया है। और दावा यह है कि सरकार ने सत्तर लाख बच्चों की जांच की है, पर सच यह भी है कि उन 70 लाख बच्चों तक पोषण आहार और स्वास्थ्य सेवायें नहीं पहुंची हैं तो स्वाभाविक रूप से कुपोषण में कमी के दावे पर सवाल उठता ही है। राज्य सरकार को अब यह कोशिश करना चाहिये कि वह कुपोषण के मुद्दे को विवादास्पद न बनाये।

झाबुआ जिले का आदिवासी बहुल कोटड़ा गांव 12 फलियों में बंटा हुआ है। परन्तु कुपोषित बच्चों की पहचान और उपचार के लिये चलाये जा रहे बाल संजीवनी कुपोषण निवारण अभियान के तहत इस में भी केवल एक ही दिन मेला लगा, ताकि औपचारिकता पूरी की जा सके। अंततः सरकार यह मानने लगी है कि कुपोषण गंभीर है। पर क्या इससे निपटने के लिये उसके पास प्रतिबद्धता है?

राजनैतिक प्रतिबद्धता का कितना गंभीर अभाव है इस बात का प्रमाण इन अनुभवों से मिल जाता है कि आंगनबाड़ी केन्द्रों को संचालित करने में ग्रामसभा और पंचायतों को सुझाव देने का अधिकार है, पर उन सुझावों को स्वीकार–अस्वीकार करने का हक अफसरों के पास ही है। जब पोषण आहार आंगनबाड़ी केन्द्र पर पहुंचेगा तो पंचायतों को यह देखना है पोषण आहार बंटे; परन्तु इस सच्चाई से उनका कोई वास्ता नहीं होगा कि गांव में साल भर में 9 महीने पोषण आहार पहुंचता ही नहीं है। मध्यप्रदेश में कुपोषण दूर कैसे होगा, जबकि आंगनबाड़ी कार्यकर्ताओं को पिछले चार–पाँच महीने का मानदेय तक नहीं मिला है और बच्चों के लिये आवंटित तेल, कंघी, दवाओं और खिलौनों की राशि भ्रष्टाचार की भेंट चढ़ रही हो?

बच्चों की स्वास्थ्य सेवाओं हेतु आंगनबाड़ी केन्द्र भी खोले गए, पर बसाहटों में आंगनबाड़ी केन्द्र होने के वाबजूद भी बच्चों तक इन सेवाओं का लाभ नहीं पहुंच पा रहा है। एनएफएचएस–3 के अनुसार 6 वर्ष से कम आयु के महज 43.8 फीसदी बच्चे ही आंगनबाड़ी सेवाओं का लाभ उठा पायें हैं। हालांकि बच्चों को संपूरक भोजन मुहैया कराने की जिम्मेदारी आंगनबाड़ी केन्द्रों की है, पर मध्यप्रदेश में लगभग आधे बच्चे (49.8 प्रतिशत) ही इस सुविधा का लाभ उठा पाए हैं। आंगनबाड़ी केन्द्र में गर्भवती महिलाओं को पोषण आहार देने का भी प्रावधान है परंतु मध्यप्रदेश में केवल 31 प्रतिशत गर्भवती व धात्री महिलाएं ही इस सेवा का लाभ उठा पा रही हैं, केवल 25.1 प्रतिशत महिलाओं के स्वास्थ्य की जांच आंगनबाड़ी केन्द्र में हुई हैं व 21.7 प्रतिशत महिलाओं को ही आंगनबाड़ी केंद्र से स्वास्थ्य व पोषण पर कोई जानकारी मिली हैं।

बच्चों में एनेमिया (खून की कमी)

भारत में बच्चों में खून की कमी (एनेमिया) जैसे एक आम बात हो गई है। एनएफएचएस – 3 सर्वेक्षण के अनुसार भारत में 6–9 वर्ष की आयु के 10 में से 7 बच्चे (69.5 प्रतिशत) रक्तअल्पता (एनीमिया) से ग्रसित हैं, जिनमें 3 प्रतिशत गंभीर रूप से एनेमिया की चपेट में हैं। इसी सर्वेक्षण के अनुसार ग्रमीण क्षेत्र, निम्न परिवार, अनुसूचित जाति व जनजाति में

एनेमिया का संकट दूसरे समूहों के मुकाबले अधिक विकट है। मध्यप्रदेश की बात की जाए तो देश में खून की कमी से जुझते बच्चों के मामले में बिहार (78 प्रतिशत) के बाद मध्यप्रदेश का द्वितीय स्थान है। यहां 4 में से तकरीबन तीन बच्चे (74.1 प्रतिशत) रक्तअल्पता (एनीमिया) से ग्रस्त हैं।

साफ़ तौर पर देखा जाए तो बच्चों में रक्तअल्पता (एनीमिया) का संबंध पौष्टिक अहार की कमी, गर्भवती महिला की सही देखरेख का न होना व उचित स्वास्थ्य सेवा के अभाव से है। इनमें से किसी भी आयाम में कमी रह जाने से बच्चों में खून की कमी हो जाती है। अव्यवस्थाओं के चलते गर्भधारण के समय सही पोषण व देखरेख न मिलने के कारण मां और बच्चे में खून की कमी की समस्या बढ़ती जा रही है और दिन ब दिन अधिकाधिक बच्चे रक्तअल्पता (एनीमिया) की चपेट में आ रहे हैं।

टीकाकरण

जनसंख्या शोध केंद्र, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय, भारत सरकार ने मध्यप्रदेश के बच्चों के टीकाकरण के संदर्भ में एक शोध रिपोर्ट जारी की है। रिपोर्ट के अनुसार 12 से 36 माह की आयु के बच्चों में से केवल 47 फीसदी बच्चों का ही पूर्ण टीकाकरण हो पाया है एवं 13 फीसदी बच्चों का किसी प्रकार का टीका नहीं लगा है। रिपोर्ट के अनुसार 45 जिलों में से 3 जिलों में 75–100 फीसदी, 21 जिलों में 50–74 फीसदी, 17 में 25–49 फीसदी और 4 जिलों में 0–24 फीसदी तक टीकाकरण हुआ है। टीकाकरण सेवाओं की उपयोगिता में राज्य के अलग–अलग संभागों एवं क्षेत्रों में विविधता देखने की मिलती है। राज्य के दक्षिण पश्चिमी भागों में टीकाकरण सर्वाधिक बच्चों को मिला है, वहीं विंध्य क्षेत्र में यह सबसे निम्न है। बालाघाट जिला अव्वल स्थान पर है, यहां 90 फीसदी बच्चों का टीकाकरण हुआ है। पन्ना में केवल 11 फीसदी बच्चे ही टीकाकरण का लाभ उठा पाए हैं। इसके साथ ही मुरैना, झाबुआ एवं टीकमगढ़ जिलों भी टीकाकरण के मामले काफी पीछे हैं।

यदि रोग प्रतिरोधक टीकों की बात की जाए तो 71 फीसदी बच्चों को बी.सी.जी., 62 फीसदी को डी.पी.टी. की तीन खुराक, 71 फीसदी को पोलियो की तीन खुराक एवं 57 फीसदी को खसरे की तीन खुराक मिल पाए हैं। मध्यप्रदेश में एक तिहाई से भी कम बच्चों को विटामिन ए की खुराक मिल पाई है एवं 5 फीसदी बच्चों को आयरन की गोलियां मिल पायी हैं।

अनियमित टीकाकरण

भारत सरकार व विश्व स्वास्थ्य संगठन के टीकाकरण कार्यकम के अनुसार प्रत्येक शिशु के 12 माह के हो जाने तक उसे सभी प्राथमिक टीके लगा दिये जाना चाहिए, परं एनएफएचएस–3 के अनुसार मध्यप्रदेश में केवल 40.3 प्रतिशत बच्चों का ही पूर्ण टीकाकरण हो पाया है, इनमें भी शहरी क्षेत्र के 69 प्रतिशत की तुलना में ग्रामीण क्षेत्र में महज 32 प्रतिशत बच्चे ही पूर्ण टीकाकरण करवा पाए हैं। राज्य में 5 प्रतिशत बच्चे ऐसे भी हैं जिन्हें किसी प्रकार का टीका नहीं लगा है। नियमित टीकाकरण के अभाव में बच्चों की रोग प्रतिरोधक क्षमताएं क्षीण हो जाती है जिससे वह साधारण बीमारियों की चपेट में आ जाते हैं।

टीकाकरण के अभाव में बच्चों की मौत

मध्यप्रदेश विधान सभा के मानसून सत्र में 9 अगस्त 2005 को अतारांकित प्रश्न संख्या 57/2355 के माध्यम से विधायक गजराज सिंह सिकरवार ने यह प्रश्न पूछा कि ग्वालियर चंबल संभाग में जनवरी–जून 05 तक मीजल्स एवं चिकन पॉक्स कितनी जगह मामले आए और इससे कितने बच्चों की मौत हुई एवं टीकाकरण की क्या स्थिति है?इसके लिखित जवाब में तत्कालीन स्वास्थ्य मंत्री रूस्तम सिंह का यह जवाब आया कि उक्त क्षेत्र में 4 जगह बीमारी के प्रकरण

आए, 10 बच्चों की मौत हुई। साथ ही टीकाकरण में लापरवाही हुई है। ग्वालियर जिले के एक डॉक्टर, राजेश अग्रवाल को निलंबित किया गया है। भिण्ड के डॉक्टर को कारण बताओ नोटिस जारी किया गया है।

बच्चों का स्वास्थ्य और वंचित समुदाय

यूं तो मध्यप्रदेश में अनेक जनजातियां निवास करती हैं पर इनमें बैगा एवं सहरिया जनजातियों के वनोपज पर अधिकाधिक निर्भरता होने के कारण इनकी स्थितियों को समझना बहुत ही जरूरी है। सरकार की वन नीतियों एवं कानूनों का प्रकोप अपनी अपनी आजीविका और जीवन शैली पर झेल रहे ये समूह विकास की दौड़ में हाशिये पर ढकेले जा चुके हैं। इसी कारण इन समूहों के बच्चों के स्वास्थ्य का मुद्दा और गंभीर हैं।

बैगा आदिवासी के संदर्भ में – बैगा आदिवासी बहुल मंडला जिले के खटिया–नारंगी गांव में बैगा आदिवासी शिवकली ने 4 अप्रैल 2007 को अपनी झोपड़ी में संग्राम सिंह को जन्म दिया था। उसकी जचकी गांव की ही दाई जेठीबाई ने करवाई थी। इसी गांव में सरकारी प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र है। खास बात यह है कि यह गांव मुख्यधारा से बहुत दूर नहीं है। यह दुनिया के जाने माने कान्हा राष्ट्रीय उद्यान के बिल्कुल प्रवेश द्वार पर मेन रोड पर बसा हुआ गांव है। आश्चर्य की बात है कि खटिया में प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र की स्थापना का उद्देश्य गांव के आदिवासियों को स्वास्थ्य का अधिकार उपलब्ध करवाने के बजाय देश–दुनिया से यहां आने वाले पर्यटकों की देखभाल करना रहा है। अब इसकी खूबसूरत इमारत बन चुकी है, किन्तु पिछले एक साल में इस अस्पताल में हर रोज तीन से चार ग्रामीण ही पहुंचते हैं। खटिया के सोनसाय बताते हैं कि जब भी स्वास्थ्य केन्द्र आओ, तो यही पता लगता है कि हर कोई मीटिंग में जिला या विकासखण्ड मुख्यालय गया हुआ है। ऐसे में लोग बिछिया या मंडला जाने के लिये मजबूर हो जाते हैं। न जाने क्यों यह बात नकार दी गई कि बैगा आदिवासी (जिन्हें इंदिरागांधी ने राष्ट्रीय मानव कहा था) एक पारंपरिक व्यवस्था में रहते आये हैं। अब जंगल पर से अधिकार छिनने के कारण उनकी पारंपरिक दवायें भी उनसे छिन गई हैं। जिससे महिलायें एवं बच्चे मर रहे हैं, पर आधुनिक चिकित्सा व्यवस्था उनसे बहुत दूर है।

संग्राम सिंह की मां शिवकली की मौत प्रसव के 6 दिन बाद हुई। मां के गुजर जाने के बाद संग्राम सिंह का जीवन मझधार में आ खड़ा हुआ। जन्म के समय भी इसका वजन 2.4 किलो था, यानी उसका विकास रुक गया था। ऐसे में स्थानीय स्वास्थ्य कर्मचारियों ने उसका इलाज करने से इंकार कर दिया। अंततः यहां के सामाजिक कार्यकर्त्ताओं की मदद से 22 मई को संग्राम सिंह नैनपुर के चिकित्सक मुकेश रूटेला के पास पहुंचा। जहां पता चला कि संग्राम सिंह 88 हजार बच्चों की तरह कुपोषण के चौथे ग्रेड में पहुंच चुका है, और संक्रमण का शिकार है। यदि उसका गंभीरता से इलाज नहीं हुआ तो संभावनायें कम ही हैं। संग्राम के परिवार ने आंखों में आंसू और गुस्से के साथ सरकारी अस्पताल से नाता तोड़ने का निर्णय ले लिया और अंततः समाज और सरकार के रवैये की कीमत संग्राम सिंह को चुकानी पड़ी। एक माह बाद संग्राम सिंह इन सारे सवालों को हमारे बीच छोड़कर चल बसा। इतना ही नहीं इस मौत के लिए कौन जिम्मेदार है, यह कभी तय नहीं हो पाया।

यदि बच्चों की सुरक्षा सुनिश्चित करना है तो सरकार को ईमानदार और संवेदनशील व्यवहार के जरिये बैगा आदिवासियों को स्वास्थ्य व्यवस्था के करीब लाना होगा। केवल दीवार पर लिखे नारे और अविश्वसनीय आंकड़ों से शिशु और मातृ मृत्यु को कम नहीं किया जा सकेगा।

सहरिया आदिवासी के संदर्भ में – मध्यप्रदेश के सहरिया आदिवासियों के लिये जीवन का सबसे बड़ा अर्थ है उपेक्षा। राज्य की सबसे पिछड़ी हुई जनजाति के लोगों की जीवन में भुखमरी, कुपोषण और बीमारियों का चक्रवात ठीक उसी तरह निरंतरता से आता है, जिस निरंतरता से व्यापक समाज में अष्टमी, नवमी और चतुर्दशी आती है। वर्ष 2001 से यह समुदाय लाल सुर्खियों में रहा है और सुर्खियों में आने का कारण रहा है भुखमरी और बीमारी के कारण इनका सिमटता

PH-110 D08

अस्तित्व। श्योपुर के गोठरा कपूरा गांव में इस बात के साफ प्रमाण मिलते हैं कि सरकारी व्यवस्था के ध्वस्त हो जाने के कारण किस तरह सहरिया एक बीमार, कमजोर और भुखमरी के शिकार समुदाय के रूप में पहचाना जाने लगा है।

48 परिवारों वाले इस गांव में हर बच्चों के शरीर पर फूट चुकी हुई फुंसियों से मवाद रिसने लगा था। पर कभी भी इस त्वचा रोग का इलाज करने की कवायद नहीं हुई। आंखों की पोरों से लेकर बालों के बीच, बांह, पेट, पीठ, नितम्ब, हथेली और तलुओं तक इस तरह के खुले घाव बच्चों के शरीर पर फैल गये थे। हर घाव पर कुछ सफेद सी दवा लगी दिखाई दे रही थी। जानने पर पता चला कि पहले एएनएम ने गांव में हर परिवार को पैरासिटामोल की गोलियां बांटी थी, उसी को पीसकर ग्रामीणों ने बच्चों के घावों पर लगा दी थी। पंसूरी बाई बताती हैं कि मक्खियों ने बच्चों के घावों पर बैठ–बैठकर न केवल परेशान कर दिया था बल्कि उनमें अंडे भी दे दिये थे जिससे उनमें छोटे–छोटे कीड़े जैसे भी पाये गये थे। एएनएम से बार–बार कहने पर भी दवा नहीं मिली, वह कहती थी साबुन से साफ कर लो, पर जब रोटी खाने के लिये लोगों के पास पैसा नहीं है तो साबुन कहा से खरीदेंगे। यदि पैसा ही होता तो किसी ओर का मुंह देखते क्या? इसीलिये सबने बुखार की गोली पीस कर घावों पर लगा दी। इससे कम से कम मक्खियां तो शरीर पर नहीं बैठेंगी। अब चूंकि एएनएम भी हर बार जांच करके दवा देने के पैसे लेती है, इसलिये बच्चों को नहीं नहलाते ताकि कहीं दवा न धुल जाये, धुल जाने पर फिर दवा के पैसे देने पड़ेंगे।

नीतिगत मसले

बच्चों के स्वास्थ्य से संबंधित नीतिगत मसलों पर ध्यान दिया जाए, तो पोषण आहार की आपूर्ति का मसला भी एक गंभीर रूप लेकर सामने आया हैं । वर्ष 2002 में सरकार ने यह निर्णय लिया था कि आंगनबाड़ियों को पोषण आहार भेजने का काम दलित–आदिवासी महिलाओं के स्वयं सहायता समूहों को सौंपा जायेगा। इससे 750 समूहों को फायदा होने वाला था, किन्तु वर्ष 2006 में सरकार ने नीति फिर बदल दी। अब निजी निर्माता डेढ़ सौ करोड़ रूपये का पोषण आहार बनायेगें और आंगबाड़ियों को भेजेंगे। पिछले पांच वर्षों के अनुभवों के बारे में सरकार कहती है कि दलित आदिवासी समूह अभी पोषण आहार बनाने में सक्षम नहीं है पर महालेखाकार का अध्ययन कहता है कि पोषणआहार की आपूर्ति में दो सालों में ही 20 करोड़ रुपये का घोटाला नजर आता है क्योंकि जिन स्वयं सहायता समूह वास्तव में पिछड़े समूहों की महिलायें नहीं चला रही हैं बल्कि आंगनबाड़ी कार्यकर्ता, ठेकेदार और अफसरों के द्वारा बनाये गये समूह पोषण आहार लील रहे हैं और सजा भुगत रहे हैं दलित–आदिवासी समूह। पोषण का अधिकार कार्यक्रम क्रियान्वित करने और निगरानी करने में स्वास्थ्य विभाग की जवाबदेय भूमिका अभी भी तय की जाना शेष हैं। मध्यप्रदेश का अनुभव माथे पर बल ला देता है क्योंकि यहां कुपोषण की समस्या से निपटने के लिये होने वाले सीमित प्रयासों में भी स्वास्थ्य विभाग की किंचित मात्र ही भूमिका नजर आई है। इस भूमिका की पहले जांच होना चाहिये और फिर उसमें जवाबदेहिता तय की जाना चाहिये। आश्चर्य की बात है कि प्रदेश स्वास्थ्य नीति शिशु मृत्यु दर कम करने की बात कहती है किन्तु कुपोषण को मिटाने का लक्ष्य उसकी नीति का हिस्सा नहीं है।

पिछले 25 वर्षों में मध्यप्रदेश की सरकारों ने प्राथमिकता के साथ विकास के लिये औद्योगिकीकरण की नीति को लागू किया। इस नीति से न तो प्रदेश में उत्पादक औद्योगिकीकरण हो पाया न ही कुपोषण और अन्य पोषण के संकट को चुनौती ही दी जा सकी। अब 11वीं पंचवर्षीय योजना में सरकार को पोषण की कमी को दूर करना अपना प्राथमिक लक्ष्य रखना चाहिये। इससे स्वास्थ उत्पादक बढ़ेगी। सरकार को स्वीकार करना होगा कि बीमार बच्चों से बीमार युवा पीढ़ी का निर्माण होगा और बीमार युवा पीढ़ी राज्य के सपनों को पूरा नहीं कर पायेगी। यह विश्व बैंक से आयातित विचारधारा है कि विकास से पोषण की कमी दूर होगी। पर वास्तविकता यह है कि पोषण की कमी जब तक रहेगी विकास नहीं हो पायेगा। यहां श्रीलंका जैसे गृह युद्ध से ग्रस्त देश का उदाहरण रख देना निरर्थक नहीं है। श्रीलंका में पिछले तीन दशकों से अशांति का वातावरण बना हुआ है किन्तु समाज और राज्य ने महिलाओं, बच्चों के पोषण के

अधिकार को संरक्षित किया जिससे तमाम विपदाओं के बावजूद भी वहां कुपोषण और मातृ मृत्यु की दर बिल्कुल नगण्य है यानी भूख से मृत्यु की संभावनायें मध्यपदेश की तुलना में साढ़े पांच गुना कम होती है।

सुझाव

वास्तव में बच्चों के स्वास्थ्य एवं पोषण के अधिकार के संदर्भ में सरकार को दो स्तरों पर प्रतिबद्धतायें तय करने की जरूरत है।

पहले स्तर पर तो यह तय करना होगा कि एकीकृत बाल विकास योजना के क्रियान्वयन के तरीके में बदलाव लाया जाए। सरकार को यह सिद्ध करना होगा कि आज के परिदृश्य में आंगनबाड़ी केन्द्र सभी बच्चे के विकास का केन्द्र बने न कि किसी खास वर्ग के बच्चों का। इसे सामाजिक–आर्थिक वर्गभेद की अवधारणा से निकालना होगा।

दूसरे स्तर पर सरकार को तय करना होगा कि देश की हर बसाहट में सभी साधनों से सम्पन्न आंगनबाड़ी की स्थापना हो और यह किसी एक सरकारी विभाग का दायित्व न हो बल्कि पंचायत एवं ग्रामीण विकास, स्कूल शिक्षा, स्वास्थ्य, वित्त, आदिवासी विकास जैसे विभागों की स्पष्ट भूमिकायें इस योजना में तय हों।

जहां तक आर्थिक संस्थाधनों की जरूरत का सवाल है, सरकार को अपने दस्तावेज के पहले वाक्य में यह कहना चाहिये कि इस योजना के लिये किसी भी तरह का आर्थिक संकट नहीं आने दिया जायेगा।

आंगनबाड़ी कार्यकर्ता से जिस तरह के काम की अपेक्षा की जाती है उसके अनुरूप न तो उसे मानदेय दिया जाता है न ही सम्मान और न ही प्रशिक्षण। वह जनगणना का भी सर्वे कर रही है और शिक्षा का भी; एक तरह से वह शोषितों की नई जमात का रूप ले रही है। उनकी भूमिका के संदर्भ में आंगनबाड़ी कार्यकर्ता को एक सरकारी बाबू के बजाय रचनात्म्क कार्यकर्ता की भूमिका निभाने का अवसर दिया जाना चाहिये।

वैश्विकीकरण के समर्थक नीति निर्माताओं को यह जान लेना होगा कि कुपोषण से मुक्ति एवं बच्चों के लिये किया गया व्यय कोई रियायत (Subsidy) नहीं बल्कि बेहतर विकास के लिये किया गया निवेश है।

बच्चों के स्वास्थ्य की समस्या एक जटिल समस्या है और यह मसला परिवार से भी जुड़ा है इसलिए घरेलू खाद्य सुरक्षा सुनिश्चित करना आवश्यक है और यह तभी संभव है जब गरीब समर्थक नीतियां बनाई जाए, जो कुपोषण और भूख को समाप्त करने के प्रति लक्षित हों।

मध्य प्रदेश में मानसिक स्वास्थ्य सेवाएँ स्थिति व चुनौतियाँ

डा. राहुल शर्मा, म.प्र. भारत ज्ञान विज्ञान समिति

स्वास्थ्य की सम्पूर्ण अवधारणा में मानसिक स्वास्थ्य एक महत्वपूर्ण घटक है। लगातार व तेजी से बदलते वैश्विक परिवेश में जब सबसे ज्यादा खतरे मानवीय मन के इर्द गिर्द ही उपजाए जा रहे हो तब इस घटक की महत्ता और भी बढ़ जाती है। सन 2001 की विश्व स्वास्थ्य संगठन की स्वास्थ्य रिर्पोट में दर्ज है कि दुनिया में प्रत्येक चार लोगों में से एक व्यक्ति को अपने जीवन में कभी न कभी मानसिक या तंत्रिका संबंधी समस्याओं से जूझना पड़ता है। गरीब और विकासशील देशों में यह स्थिति ज्यादा विकराल अवस्था में दिखाई पड़ती है। न्युरो सायक्याट्रिक डिस्आर्डरस (तंत्रिका–मानसिक समस्यायें) दुनिया की कुल निःशक्तता या विकलांगता का एक तिहाई हैं।

यदि हम अपने देश के संदर्भ में देखें तो डब्ल्यू. एच. ओ. का कहना है कि भारत के सामान्य अस्पतालों में आने वाले प्रत्येक 10 मरीजों में से 7 को डिप्रेशन नामक मानसिक समस्या है। डिप्रेशन एक ऐसी समस्या है जो तेजी से उभर रही है और सन् 2020 के आते यह दुनिया में रोगों की सूची में दूसरा स्थान ले बैठेगी। वस्तुस्थिति तो यह है कि सिर्फ भारत ही नहीं बल्कि तीसरी दुनिया के तमाम गरीब और विकासशील देशों में भयावह स्थिति के बावजूद मानसिक स्वास्थ्य पर जागरूकता में आज भी भारी कमी दर्ज की जा रही है।

हमारे देश में जितने भी और जैसे भी ऑकडे उपलब्ध हैं वे यह स्पष्टता के साथ दर्शा रहे हैं कि मानसिक समस्यायें यहां लगातार बढ़ रही हैं और इनसे समाज का हर वर्ग खासतौर पर संवेदनशील वर्ग जैसे महिलाएँ, बच्चे व बुजुर्ग सर्वाधिक प्रभावित हैं। मानसिक स्वास्थ्य के परिप्रेक्ष्य में विश्व स्वास्थ्य संगठन का यह भी मानना है कि जहाँ तक महिलाओं के मानसिक स्वास्थ्य का सवाल है तो उसे महिलाओं की सामाजिक, आर्थिक व राजनैतिक परिस्थितियों से काट कर नहीं देखा जा सकता। महिलाओं की हमारे समाज में जो स्थिति है वह उनकी मानसिक स्थितियों को निर्धारित करती है। हमारे समाज में आज भी महिलाएँ दूसरे दर्जे की नागरिक हैं इसलिए यह भी एक घृणित तथ्य है कि उनका मानसिक स्वास्थ्य दयनीय स्थिति में हैं।

यदि हम मध्य प्रदेश के सन्दर्भ में बात करें तो अपनी विशिष्ट सामाजिक स्थितियों, भयंकर आर्थिक असमानताओं एवं विकास के दोषपूर्ण मॉडल के चलते जहाँ एक ओर यहाँ शारीरिक स्वास्थ्य के मानक अपनी दुर्दशा के लिए कुख्यात हैं वही मानसिक स्वास्थ्य की बुरी स्थिति जिक्र से परे है। सन् 2001 में जारी मध्यप्रदेश की स्वास्थ्य नीति के ड्राफ्ट में सरकार ने स्वयं यह माना है कि म. प्र. एक ऐसा राज्य है जहाँ लोगों की आमदनी कम है, संक्रामक रोगों की अधिकता है, कुपोषण की स्थिति है तथा स्वास्थ्य तंत्र बहुत कमजोर है। म. प्र. में मानसिक स्वास्थ्य सेवाएँ सरकार की प्राथमिकताओं में सबसे नीचे हैं क्योंकि सरकार यह मानती है कि पहले मातृ मृत्यु दर को कम करना होगा जो कि संक्रामक रोगों व कुपोषण से उपजती है। फिर भी सरकार ने यह स्वीकारा है कि प्रदेश में मानसिक बीमारियों का बोझ कोई कम नहीं है। सरकार ने अपनी इस नीति में बड़े बेमन से मानसिक स्वास्थ्य हेतु नीति निर्धारण का भरोसा दिलाया है साथ ही यह भी कहा है कि मानसिक रोगियों को अच्छी चिकित्सा प्रदान करवाने के प्रयास किये जाऐंगे।

प्रदेश में मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं की उपलब्धता :– मध्य प्रदेश में मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं की स्थिति व उपलब्धता को यदि जनसंख्या के परिप्रेक्ष्य में देखें तो बहुत ही खराब है। यह आदर्श तौर पर माना जाता है कि लगभग 1 लाख की जनसंख्या पर 1 मनोरोग विशेषज्ञ; 1.5 चिकित्सा मनोवैज्ञानिक; 2 मनोसामाजिक कार्यकर्ता होना आवश्यक हैं तथा प्रत्येक 10 मानसिक रोग बिस्तरों पर 1 मनोरोग परिचारिका (सायक्याट्रिक नर्स) का होना आवश्यक है। लेकिन सन 2002 के मई – जुलाई माह में भारत सरकार के स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय के अंतर्गत महानिदेशक,

स्वास्थ्य सेवाएँ द्वारा मानसिक स्वास्थ्य स्रोतों पर कराए गए राष्ट्रीय सर्वेक्षण में मध्य प्रदेश की जो स्थिति उभरी थी वह बहुत ही दयनीय है।

हमारे प्रदेश में दो मानसिक आरोग्यशालाएँ हैं, ग्वालियर (220 बिस्तर क्षमता) तथा इन्दौर (150 बिस्तर क्षमता) तथा पाँच चिकित्सा महाविद्यालयों में अलग से मनोरोग विभाग हैं। हमारे प्रदेश में वर्तमान जनसंख्या स्तर को देखते हुऐ लगभग 650 मनोरोग विशेषज्ञों की आवश्यकता है लेकिन यहाँ सिर्फ 50 से भी कम मनोरोग विशेषज्ञ हैं। लगभग 1000 चिकित्सा मनोवैज्ञानिकों की आवश्यकता है जबकि यहां 10 से भी कम है, मनोसामजिक कार्यकर्ता लगभग 1250 चाहिए जो हमारे यहां 20 से भी कम हैं तथा मनोरोग परिचारिकाएं जहां लगभग 70 चाहिए वहां इनकी भी संख्या 10 से कम ही है।

सन् 2002 के उपरोक्त वर्णित सर्वेक्षण के अनुसार हमारे प्रदेश में 603881 लोगों को गंभीर मानसिक बीमारियां थीं तथा 3019405 लोगों को साधारण किस्म की मानसिक समस्याये थीं। जाहिर है विगत छह वर्षो के अन्तराल में इन संख्याओं मे खासा इजाफा हुआ है लेकिन इनके साथ – साथ मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं की उपलब्धता में कोई रेखाकिंत किये जाने लायक प्रगति दर्ज नहीं हो पाई है। प्रदेश के कुल जिलों में से एक तिहाई से भी कम में मनोरोग उपचार की सुविधाएँ हैं।

मध्यप्रदेश में राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यकम :– भारत सरकार ने अपने अन्य तमाम राष्ट्रीय स्वास्थ्य कार्यक्रमों की भाँति ही सन 1982 में राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम तैयार किया जिसमें मानसिक स्वास्थ्य पर जागरूकता लाना तथा मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं को मानसिक आरोग्यशालाओं व चिकित्सा महाविद्यालायों की सीमा से परे ले जाते हुए समुदाय आधारित बनाना प्रमुखता से शामिल है। इसके प्रमुख घटकों में हर जिले में जिला मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम लागू करना; मानसिक आरोग्यशालाओं की स्थिति में सुधार करना; चिकित्सा महाविद्यालयों व अस्पतालों की मनोरोग चिकित्सा इकाईयों को सुदृढ़िकरण करना; सूचना शिक्षा व संचार की लगातार गतिविधियॉ करना तथा शोध व प्रशिक्षण जो मानसिक स्वास्थ्य से संबद्ध हों को बढ़ावा देना शामिल है।

(1) जिला मानसिक स्वास्थ्य कार्यकम : मध्य प्रदेश में इस समय चार जिलों में जिला मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम संचालित हैं। ये जिले हैं शिवपुरी, देवास, सीहोर व मंडला। सतना जिले में भी यह कार्यक्रम अपने प्रारंभ होने के लिए पिछले तीन वर्षो से अधिक समय से इंतजार में है। जिला मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम के अन्तर्गत देश के प्रत्येक जिले को केन्द्र सरकार द्वारा पॉच वर्षो के लिए 1 करोड़ से अधिक की राशि उपलब्ध कराई जाती है। जिससे मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं का विस्तारण विकासखंड, पंचायत व ग्राम स्तर तक हो सकें। इसमें हर स्तर पर मानसिक स्वास्थ्य पर प्रशिक्षण दिए जाने हैं ताकि समाज के हर वर्ग में जागरूकता फैले एवं मानसिक समस्याओं के प्रति जो गलत धारणाऍ है उनको नष्ट किया जाकर मनोरोगियों का इलाज सामुदायिक, प्राथमिक व उपस्वास्थ्य केन्द्रों में ही किया जा सके। इसके बाद समुदाय उन ठीक हुए लोगों को पुनर्वासित किए जाने में मददगार साबित हों।

नवीं एवं दसवीं पचंवर्षीय योजना में मध्य प्रदेश के निम्न जिलों को केन्द्र सरकार द्वारा मानसिक स्वास्थ्य कार्यकम के संचालन हेतु राशि प्रदान की गई है:

कमांक	जिला	आवंटित राशि/सन
1	शिवपुरी(ग्वालियर मानसिक आरोग्यशाला)	47.71.428 लाख /(2002)
2	सीहोर(गॉधी चिकित्सा महाविद्यालय, भोपाल)	26.2 लाख /(2004)
3	देवास(एम. जी. एम. मेडिकल कॉलेज, इन्दौर)	26.2 लाख /(2004)
4	मंडला(एन. एस. सी. बी. मेडिकल कॉलेज जबलपुर)	26.2 लाख /(2004)
5	सतना(एस. एस. मेडिकल कॉलेज रीवा)	26.2 लाख /(2004)

चूंकि इन कार्यक्रमों हेतु केन्द्र सरकार द्वारा जो राशि आबंटित होनी है उसे विभिन्न गतिविधियों में कार्यक्रम प्रारम्भ होने से 5 वर्षों के भीतर खर्च करना है। इस प्रकार 5 वर्षों में एक निर्धारित स्तर की गतिविधियों और अधोसंरचाना के निर्माण के उपरान्त इन कार्यकमों को राज्य सरकार द्वारा अधिग्रहित कर संचालित किया जाना तय है। लेकिन इन पॉच जिलों में से सतना में तो कार्यक्रम प्रारंभ ही नहीं हुआ है और जिन चार जिलों में यह कार्यकम चल भी रहा है उनमें इसकी गति बहुत ही धीमी बनी हुई है व राशि भी कम ही खर्च हो पाई है।

2. मानसिक आरोग्यशालाओं का आधुनिकीकरण : राज्य में दो मानसिक आरोग्यशालाये है जिनके आधुनिकीकरण के लिए दसवीं पंचवर्षीय योजना में निम्न राशि आबंटित की गई थी।

कमांक	जिला	आवंटित राशि/सन
1	ग्वालियर मानसिक आरोग्यशाला, ग्वालियर	2.13 करोड़/(2005)
2	मानसिक आरोग्यशाला इंदौर	2.9975 करोड़/(2006)

इन दोनो आरोग्यशालाओं में मनोरोगियों की देखभाल हेतु प्रशिक्षण, नए स्टॉफ की भर्ती व अन्य विशेष क्लीनिक्स का संचालन इत्यादि प्रमुखता से किए जाने वाले कार्यों को निर्धारित कर राशि आबंटित की गई थी लेकिन ज्यादातर राशि निर्माण कार्य या अधोसंरचनात्मक विकास पर खर्च की जा रही है। न प्रशिक्षण है और न ही स्पेशल क्लीनिक खोले गए हैं। यद्यपि ग्वालियर मानसिक आरोग्यशाला में कुछ स्टाफ की भर्ती की खानापूर्ति कर दी गई है जो अभी भी अपूर्ण ही है। अधिकांश राशि बिना उपयोग के पड़ी हुई है। मरीजों में जीवन की गुणवत्ता का सुधार, उनके मानवाधिकारों पर जागरूकता व अन्य कार्यक्रमों का आयोजन लगभग नगण्य ही है।

3. चिकित्सा महाविद्यालयों के मनोरोग वार्ड्स का उन्मुखीकरण : राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यकम में इस बात पर प्रमुखता से बल दिया गया है कि मानसिक रोगों के प्रति गलत अवधारणाओं को मिटाने के लिए सामान्य अस्पतालों के वार्डस में ही मनोरोगियों हेतु भी कुछ बिस्तर आवश्यक तौर पर आरक्षित रहें और मनोरोगियों को वहाँ पर भर्ती किया जाकर उनका उपचार किया जावे। इस हेतु मनोरोग विभागों का उन्नयन किया जाना जरूरी मानते हुए केन्द्र सरकार ने दसवीं पंचवर्षीय योजना में म. प्र. के निम्न चिकित्सा महाविद्यालयों हेतु राशि आबंटित की थी :–

कमांक	जिला	आवंटित राशि
1	नेताजी सुभाष मेडिकल कॉलेज, जबलपुर	50 लाख
2	एम. जी. एम. मेडिकल कॉलेज इन्दौर	38 लाख

इनके अतिरिक्त ग्वालियर, भोपाल व रीवा के चिकित्सा महाविद्यालयों के मनोरोग विभागों को अभी कोई राशि आबंटित नहीं हुई है। इनके लिए ग्यारहवीं पंचवर्षीय योजना में राशि आबंटित की जानी है। जिन जिलों में राशि का आबंटन हुआ है उनमें उस राशि का सही और पूरा–पूरा उपयोग नहीं हो पाया है।

4. सूचना शिक्षा व संचार की गतिविधियॉ : राष्ट्रीय मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम में आई. ई. सी. गतिविधियों हेतु दसवीं पंचवर्षीय योजना में पूरे देश में 10 करोड़ रूपये स्वीकृत थे उनमें से हमारा प्रदेश अपना हिस्सा ले ही नहीं पाया। राज्य के सूचना, शिक्षा व संचार (आई.ई.सी.) ब्यूरो के पास आज दिनांक तक मानसिक स्वास्थ्य से संबंधित एक भी सामग्री उपलब्ध नहीं है और न ही इस तरह क़ी सामग्री को विशेषज्ञो से निर्मित कराया जा रहा है।

5. मानसिक स्वास्थ्य में शोध व प्रशिक्षण : इस हेतु पिछली पंचवर्षीय योजना में राष्ट्रीय स्तर पर पॉच करोड़ रूपये स्वीकृत थे। म. प्र. ने इस हेतु भी अपना हिस्सा प्राप्त नहीं किया। इस प्रकार प्रदेश में मानसिक स्वास्थ्य पर न कोई शोध चल रहा है और न ही कोई प्रशिक्षण।

6. अन्य आवश्यकता मुद्दे :

a) राज्य मानसिक स्वास्थ्य प्राधिकरण जिसका गठन मानसिक स्वास्थ्य अधिनियम 1987 के अन्तर्गत किया गया था वह हमारे राज्य में लगभग निष्क्रिय है। साल डेढ़ साल में बतौर रस्म अदायगी इसकी बैठक हो जाती है तथा उसकी अनुशंसाऍं मात्र पेपरों तक ही सीमित रह जाती हैं।

b) मानसिक तौर पर निःशक्तजनों का न कोई वैज्ञानिक आधार पर सर्वेक्षण कराया गया है और न ही उनके कल्याण हेतु किसी योजना को सही तरीके से अंजाम दिया जा रहा है। नेशनल ट्रस्ट एक्ट 1999 की अनुशंसाओं पर भी कोई क्रियान्वयन नहीं हो पा रहा है।

c) स्कूल मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम जो कि जिला मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रम का हिस्सा है कहीं भी क्रियान्वित नहीं है।

e) मिर्गी (एपिलेप्सी) के रोगियों व नशे की आदतों के शिकार लोगों के लिए कोई योजनाबद्ध नीति बनाकर कार्य नहीं किया जा रहा है।

f) शासकीय चिकित्सालयों, मानसिक आरोग्यशालाओं व जिला मानसिक स्वास्थ्य कार्यक्रमों के अन्तर्गत मनोरोगियों को आवश्यक दवायें पर्याप्त तौर पर मुहैया नहीं हो पा रही हैं।

g) मानसिक स्वास्थ्य पर आम लोगों में जागरूकता बढ़ाये जाने वाले कार्यक्रमों का आयोजन लगभग नगण्य है।

h) मानसिक आरोग्यशालाओं व मनोरोग विभागों में प्रशिक्षित स्टाफ की भारी कमी है इस पर भी सरकार ने दो मनोरोग विशेषज्ञों को (जो कि वरिष्ठ हैं) विदेश जाने की अनुमति दे दी है वे कई वर्षो से विदेश में अपनी सेवाऐं दे रहे हैं।

इस प्रकार हम पाते हैं कि प्रदेश में मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं के प्रचार–प्रसार व उपलब्धता की स्थिति बहुत ही दयनीय है। यहाँ तक कि सरकार ने मनोरोगियों की प्रदेश में वास्तविक संख्या कितनी है इस पर भी कोई वैज्ञानिक सर्वेक्षण नहीं कराया है तथा प्रदेश में इस क्षेत्र में कार्य करने वाले गैर सरकारी संगठन भी इक्के दुक्के ही हैं। राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन में भी एक लाइन का जिक्र तक मानसिक स्वास्थ्य के विषय में नहीं होना हमें हैरान करता है।

दरअसल मानसिक स्वास्थ्य एक ऐसा क्षेत्र है जिसके प्रति आमजन ही नहीं बल्कि प्रशासक, नेता, अन्य बुद्धिजीवी और यहाँ तक कि स्वयं चिकित्सक भी अत्यधिक तौर पर पूर्वाग्रहित हैं। मानसिक स्वास्थ्य मध्यप्रदेश में किसी भी स्तर पर किसी के भी एजेंडे में नहीं है। यह स्थिति तब तक ऐसी ही रहेगी जब तक राजनैतिक व प्रशासनिक इच्छाशक्ति नहीं होगी और इन तबकों में भी मानसिक स्वास्थ्य को, शारीरिक स्वास्थ्य की तरह ही महत्वपूर्ण नहीं माना जाता।

राष्ट्रीय शहरी स्वास्थ्य मिशन के मद्देनजर शहरी स्वास्थ्य के मुद्दे

डा. राहुल शर्मा,

म.प्र. भारत ज्ञान विज्ञान सभा

ग्रामीण स्वास्थ्य सुविधाओं की बेहतरी के लिए विगत अप्रैल 2005 से केन्द्र सरकार द्वारा सात वर्षों के लिए राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन की शुरूआत की गई थी। इसका प्रमुख उद्देश्य आवश्यक स्वास्थ्य सुविधाओं की उपलब्धता ग्रामीण स्तर पर सुनिश्चित करना है। रा.ग्रा.स्वा.मि. के क्रियान्वयन के समय से ही इस बात की पुरजोर वकालत की जा रही थी कि शहरी स्तर पर स्वास्थ्य के मुद्दों को लेकर एक बड़ा कार्यक्रम सरकार के द्वारा तैयार कर उसे क्रियान्वित किया जाना चाहिए।

भारतीय शहरों की जनसंख्या के विश्लेषण पर हम पाते हैं कि शहरों में एक बहुत बड़ा वर्ग है जो अत्याधिक गरीबी की मार झेल रहा है। यही नहीं बल्कि शहरों की कई झुग्गी–बस्तियों में स्वास्थ्य के मानक तथा प्रजनन व बाल स्वास्थ्य सुविधाओं की उपलब्धता ग्रामीण क्षेत्रों से भी बदतर है। शहरों में मशरूम की तरह पनप रहा निजी स्वास्थ्य तंत्र गरीबों की पहुंच से बहुत दूर है। इसके अतिरिक्त गैर कानूनी करार दी गई बस्तियां, बस्तियों का सामाजिक बहिष्कार, दूर–दराज व अंदरूनी इलाकों में दबी छुपी सी बस्तियां, उनका कमजोर सामाजिक तानाबाना, स्वास्थ्य सेवा प्रदायताओं में समन्वय की कमी और विलुप्त राजनैतिक चेतना, इन शहरी क्षेत्रों के गरीबों को अपने स्वास्थ्य के प्रति ज्यादा संवेदनशील बनाती है।

शहरी क्षेत्रों में स्वास्थ्य पर कार्य करने हेतु कई ऐसे मुद्दे हैं जो ग्रामीण स्वास्थ्य के मुद्दों से अलहदा हैं। शहरी स्वास्थ्य की वर्तमान स्थिति के मद्देनजर इस बात को तीव्रता से उठाया जाना लाजिमी है कि शहरी गरीबों की स्थिति में सुधार लाए जाएं। शहरी स्वास्थ्य प्रदायता तंत्र को आधुनिक व मजबूत बनाया जाए, विभिन्न सेवा प्रदायताओं के मध्य समन्वय बनाया जाए। निजी क्षेत्र को नियंत्रण व पूर्ण निगरानी के साथ शामिल किया जाए। स्थानीय नगर स्वशासन को मजबूत बनाया जाए तथा शहरी समुदाय की क्षमताओं का विकास किया जाए। इस प्रकार राष्ट्रीय स्तर पर यह मांग जोर पकड़ने लगी है कि एक राष्ट्रीय जन स्वास्थ्य मिशन बनाकर राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन को भी उसी में सम्मिलित कर लिया जाए।

राष्ट्रीय परिवार व स्वास्थ्य सर्वेक्षण –3 एन.एफ.एच.एस. के मुताबिक देश के शहरी गरीबों में पांच वर्ष से कम आयु के बच्चों की मृत्यु दर 72.7 प्रतिशत है। पचास प्रतिशत से ज्यादा शहरी गरीब बच्चे कम वजन के हैं। लगभग साठ फीसदी शहरी गरीब बच्चों का 1 वर्ष के पहले पूर्ण टीकाकरण नहीं हो पाता है। शहरी क्षेत्रों में पर्यावरण प्रदूषण की बड़ी समस्या है साथ ही जनसंख्या घनत्व ज्यादा है। इस कारण शहरी गरीब लोग फेफड़ों की बीमारी जैसे अस्थमा, ट्यूबरक्यूलोसिस इत्यादि के प्रति ज्यादा संवेदनशील रहते हैं। झुग्गी बस्तियों में वैक्टर–जनित रोग ज्यादा होते हैं साथ ही मलेरिया के मामले भी यहां ज्यादा पाए जाते हैं। इनके अतिरिक्त कार्यस्थलों पर दुर्घटनाओं, सड़क दुर्घटनाओं की संभावना शहरी क्षेत्रों में ग्रामीण क्षेत्रों की अपेक्षा ज्यादा होती है। शहरी क्षेत्र में तनाव का स्तर अत्याधिक होने से लोगों को मानसिक समस्यायें अत्याधिक होती हैं। विश्व स्वास्थ्य संगठन का मानना है कि भारत के शहरों के अस्पतालों में जाने वाले हर 10 लोगों में से 7 लोगों को सामान्य या गंभीर किस्म की मानसिक समस्याएं होती हैं। जाहिर है इन सात लोगों में शहरी गरीब आबादी का प्रतिशत ज्यादा है।

इन्हीं स्थितियों के मद्देनजर शहरी ग्रामीण आबादी के लिए भारत सरकार के स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय ने राष्ट्रीय शहरी स्वास्थ्य मिशन बनाया है। इस मिशन की अवधि पांच वर्षों (2008–2012) अर्थात 11 वीं पंचवर्षीय योजना के लिए होगी रा.श.स्वा.मि. में सर्वाधिक ध्यान इन वर्गों के स्वास्थ्य पर दिया जाना है :–

- शहरी गरीब आबादी जो सूचीबद्ध और गैर सूचीबद्ध क्षेत्रों में रहते हैं।
- अन्य सभी संवेदनशील समूह जैसे कि जो घरविहीन हैं, कचरा बीनने वाले, फुटपाथ पर रहने वाले बच्चे, रिक्शा चालक, निर्माण कार्यों, ईंट भट्टों, चूना भट्टी में कार्य करने वाले मजदूर, यौन कर्मी व अन्य अनियमित तौर के पलायनकर्ता।

राष्ट्रीय शहरी स्वास्थ्य मिशन अपने पहले चरण में भारत के 100 शहरों में लागू होगा। पांच साल के इस मिशन हेतु 429 शहरों का चुनाव किया गया है जिसमें शहरी गरीबों तथा अन्य वंचित समूहों के लिए स्वास्थ्य सुविधाओं में सुधार लक्षित किया गया है। शेष 329 शहरों को इसके दूसरे चरण में शामिल किया जाएगा। इस मिशन से शहरी क्षेत्रों के 22 करोड़ लोग लाभान्वित होंगे ऐसा अनुमान है। ऐसे सभी शहर जिनकी जनसंख्या 1 लाख से ऊपर है, राज्यों की राजधानियां तथा जिला मुख्यालय इस मिशन के अंतर्गत लाभान्वित होंगे।

इस मिशन में 4,500 शहरी स्वास्थ्य केन्द्रों की जरूरत महसूस की गई है साथ ही 2,500 मौजूदा शहरी स्वास्थ्य केन्द्रों को मजबूती दी जाएगी। पब्लिक–प्रायवेट पार्टनरशिप का भी बोलबाला रहेगा। हर स्वास्थ्य केन्द्र को एक रैफरल पॉइन्ट बनाया जाएगा। साथ ही बाह्य रोगी विभाग (ओपीडी), टीकाकरण तथा मातृत्व स्वास्थ्य सुरक्षा पर जोर दिया जाएगा। इस 8,600 करोड़ रूपयों के बजट वाले राष्ट्रीय शहरी स्वास्थ्य मिशन को 1 अप्रैल 2008 से प्रारंभ किया जाना है।

भारत में शहरीकरण

मार्च सन् 2001 में भारत की जनसंख्या 1 अरब 27 करोड़ थी इनमें से 74 करोड़ 20 लाख लोग ग्रामीण क्षेत्रों में तथा 28 करोड़ 50 लाख लोग शहरों में रहते हैं। यदि हम जनसंख्या की दशकीय वृद्धि का प्रतिशत निकालें तो पाते हैं कि बीते दशक के दौरान 17.9 प्रतिशत ग्रामीण क्षेत्रों में तथा 31.2 प्रतिशत शहरी क्षेत्रों में वृद्धि हुई है। यह दर्शाता है कि शहरी क्षेत्रों की तरफ गांवों का पलायन लगातार बढ़ रहा है। संयुक्त राष्ट्र संघ ने चेताया है कि यही हालात रहे तो सन् 2030 तक भारत में शहरी जनसंख्या 57 करोड़ 60 लाख हो जाएगी जो कि कुल जनसंख्या का 40 फीसदी होगी। एक अनुमान के अनुसार शहरी क्षेत्रों में गरीबी का अनुपात 6 करोड़ 70 लाख से 9 करोड़ है। यद्यपिइ से अनुमान से शहरी गरीबी की वास्तविक तस्वीर सामने नहीं आतीं। क्योंकि शहरी क्षेत्रों में लोगों के समूहों के कई बिखराव तथा कई रूप होते हैं। बड़ी–बड़ी शहरी बस्तियां तथा अन्य शहरी गरीब जनसंख्या आवश्यक स्वास्थ्य सुविधाओं के बिना ही रहने को मजबूर है। इसका बड़ा कारण है पूंजी का केन्द्रीयकरण, स्त्रोतों का असमान वितरण, गांवों का शहरों की ओर पलायन, विस्थापितों का पुनर्वास न होना तथा गैर नियोजित शहरीकरण। इसकी वजह से यह हाल हुआ है कि गरीबी का

> ***शहरी क्षेत्र***
>
> *भारत की जनगणना में शहरी क्षेत्र को निम्न प्रकार से परिभाषित किया गया है :*
>
> *(अ) ऐसे सभी क्षेत्र जहां नगर निगम, कैन्टोन्मेन्ट बोर्ड या नोटिफाइड एरिया कमेटी इत्यादि हों।*
>
> *(ब) ऐसा क्षेत्र जो निम्न तीन मानकों पर खरा उतरता हो : जनसंख्या कम से कम 5000 हो, इसकी कम कम 75 प्रतिशत कार्यरत जनसंख्या गैर कृषि क्षेत्रों में कार्य कर रही हो, जनसंख्या घनत्व कम से कम 400 प्रति वर्ग कि. मी. (1000 प्रति वर्गमील हो)*

फैलाव शहरी क्षेत्रों में अविश्वसनीय ढंग से हुआ है। आज देश के प्रत्येक चार गरीबों में से एक शहरी क्षेत्र का है। इस प्रकार हम यह देखते हैं कि गरीबी मात्र गांवों तक ही सीमित नहीं बल्कि यह शहरी क्षेत्रों में भी खूब फल–फूल रही है। यह देखने में आ रहा है कि छोटे कस्बों या गांवों से शहरों की ओर पलायन बढ़ा है क्योंकि शहर में छोटे–छोटे रोजगार की संभावनाएं ज्यादा होती हैं। गांवों में भी कृषि भूमि तथा संबंधित जीवनयापन के अवसर कम होते जा रहे हैं। शहरी क्षेत्रों के गरीब तबके की प्रजनन दर भी ज्यादा होती है जो एक समस्या का रूप ले बैठती है। चूंकि शहरी सीमाओं का भी लगातार विस्तारण हो रहा है इस कारण सीमांत गांव झुग्गी बस्तियों में तब्दील होते जा रहे हैं।

भारत में शहरी गरीबों के स्वास्थ्य की दशा :

हमारे देश के शहरों की झुग्गी बस्तियों में रहने वाले लोग स्वास्थ्य के लिए प्रतिकूल परिस्थितियों में अपना निर्वहन करने के लिए मजबूर हैं क्योंकि यहां स्वास्थ्य सेवाएं अपर्याप्त हैं, जागरूकता की कमी है तथा पर्यावरण भी प्रदूषित है। सहस्त्राब्दि विकास लक्ष्यों में भी उपरोक्त स्थितियों को वर्णित करते हुए सन् 2020 तक दुनियाभर के 1 अरब झुग्गीवासियों की स्थिति में सुधार को लक्षित किया गया है।

– प्रतिवर्ष 70–80 लाख की दर से भारत की शहरी आबादी में इजाफा हो रहा है।
– भारत में 73 करोड़ 60 लाख लोगों के पास साफ–सफाई की मूलभूत सुविधाएं नहीं हैं जैसे स्वच्छ पेय जल, शौच व निकास की सुविधाएं।
– भारत की 28 प्रतिशत आबादी शहरों में रहती है।
– शहरों में आबादी की सामान्य वृद्धि आबादी की सामान्य वृद्धि दर 3 प्रतिशत है जबकि पिछले दशक (1991–2001) में झुग्गी–बस्तियों की वृद्धि दर 5–6 प्रतिशत हो गई है यानि दो गुनी।
– इस वर्ष यानि 2005–08 तक शहरी क्षेत्रों की जनसंख्या 6.25 करोड़ हो जाएगी।

हमारे यहां शहरी स्वास्थ्य की क्या स्थिति है ये इन बिन्दुओं से समझा जा सकता है :

- ग्रामीण आबादी के समान ही शहरी गरीबों के मध्य भी बच्चों, शिशुओं व नवजात शिशुओं की उत्तरजीविता या जीवन क्षमता की स्थिति दयनीय है।
- पांच वर्ष तक के बच्चों, शिशुओं व नवजात शिशुओं की मृत्यु दर शहरी गरीबों में अत्याधिक होती है। कई जगह तो यह ग्रामीण क्षेत्रों से भी ज्यादा हो जाती है। एक वर्ष में शहरी गरीबों के यहां जन्म लेने वाले प्रत्येक 10 बच्चों में से एक बच्चा अपना पांचवां जन्मदिन नहीं देख पाता।
- शहरी गरीब महिलाओं एवं बच्चों में कुपोषण की दर ज्यादा होती है। भारत के कुल शहरी बच्चों में आधे से ज्यादा कम वजन के हैं। कई राज्यों में यह स्थिति गांवों से ज्यादा शहरों में बदतर है।
- शहरी गरीबों के बीच प्रजनन एवं बाल स्वस्थ्य सेवाओं की पर्याप्त उपलब्धता नहीं होती। मातृत्व स्वास्थ्य सहायता भी उन्हें कम ही मुहैया हो पाती है। भोपाल जैसे शहर के गरीबों के बीच किये गये एक अध्ययन से यह साफ हुआ कि उनमें संस्थागत प्रसव की दर कई ग्रामीण क्षेत्र से भी कम है।
- शहर के गरीबों की पहुंच उन स्वास्थ्य सेवाओं तक कम ही हो पाती है जो आवश्यक रोकथाम से सम्बद्ध होती है। जागरूकता की कमी व अन्य कारणों से यह वर्ग स्वास्थ्य सेवाओं का उपयोग भी सही तरीकों से नहीं कर पाता।

भारत के कुछ राज्यों में स्वास्थ्य की दशाएं तथा सुविधाओं की उपलब्धता में बहुत कमी दर्ज की जाती है। भारत के आठ राज्यों में स्वास्थ्य की दशाएं तथा सुविधाओं की उपलब्धता में बहुत कमी दर्ज की जाती है। भारत के आठ राज्यों को ई.एजी (Empowered Action) राज्य कहा जाता है। ये राज्य हैं – उत्तरप्रदेश, मध्यप्रदेश, राजस्थान, बिहार, उड़ीसा,

झारखंड, छत्तीसगढ़ एवं उत्तराखंड। लगभग इन्हें ही बीमारू राज्यों का दर्जा भी दिया जाता है। इन आठों राज्यों में भारत के कुल शहरी क्षेत्रों की 32 प्रतिशत जनसंख्या निवास करती है। इन कम विकसित राज्यों में पांच साल से कम उम्र के बच्चों की मृत्यु दर तथा शिशु मृत्यु दर राष्ट्रीय आंकड़ों से कमशः 1.3 गुना व 1.6 गुना ज्यादा है। यहां संस्थागत प्रसव कम होते हैं तथा संपूर्ण टीकाकरण भी नहीं हो पाता।

शहरी क्षेत्रों के गरीबों के लिए स्वास्थ्य सुविधाओं में सुधार किया जाना सरकार की प्राथमिकता में कभी नहीं रहा। यद्यपिइ इस हेतु गत वर्षो में चार–पांच छोटी योजनाएं चलाई गई थी जिनके परिणाम ज्यादा बेहतर नहीं निकल सके। इनमें से ज्यादा योजनाएं बड़े शहरों तक ही सीमित रही हैं।

> *भारत के शहरी गरीबों के मध्य ...*
> *– 1 वर्ष से कम उम्र तक के 60 प्रतिशत बच्चों का संपूर्ण टीकाकरण नहीं हो पाता।*
> *– जन्म के बीच अंतर रखने के उपायों का इस्तेमाल बहुत कम है।*
> *– 10 में से 6 बच्चों का जन्म घर पर ही होता है जहां प्रशिक्षित स्वास्थ्य कार्यकर्ता नहीं मिल पाते।*

शहरी गरीबों तक स्वास्थ्य सुविधाएं न पहुंचने के कारण : इस हेतु जो जिम्मेवार कारण हैं वे निम्न है :

1. व्यवस्था तन्त्र संबंधी कारक :

इनमें प्रमुख हैं (अ) एक सुसंगठित सरकारी क्षेत्र की स्वास्थ्य अधोसंरचना तथा सेवाओं की शहरी क्षेत्रों में कमी होना। (ब) बड़े शहरों में उच्च व मध्यम वर्ग की स्वास्थ्य सुविधाओं पर ही जोर दिया जाना। (स) सुविधाओं की उपलब्धता व उनके उपयोग के लिए जरूरी समझ में कमी होना। (द) सेवा प्रदाताओं में संवेदनशील की कमी होना। (ई) गैर नियोजित शहरीकरण के कारण शहरी वातावरण का प्रदूषित रहना और इस कारण लगातार बीमारियों का पनपना। (फ) बीमारियों की रोकथाम के उपायों की कमी, शुद्ध जल, निकास व साफ–सफाई का न होना।

2. शहरी गरीबों से संबंधित कारक :

(अ) गैर कानूनी तौर पर बसी हुई झुग्गी बस्तियां व सामाजिक बहिष्कार। (ब) ज्यादातर बस्तियों का दूर–दराज के क्षेत्रों में या अंदरूनी गहरे में धंसे होना जैसे चूने की खदानों के मजदूर, ईंट भट्टों, निर्माण स्थलों के मजदूर, स्थानीय उद्योगों में लगे मजदूर व अन्य (स) कमजोर सामाजिक ताना–बाना होना तथा सामूहिक लेनदेन की क्षमता में कमी होना। (द) बार–बार पलायन करने वाली यायावर जनसंख्या होना।

3. स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं की कम क्षमता व उनमें बेहतर सामंजस्य की कमी :

(अ) शहर में सरकारी व गैर सरकारी स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं के मध्य कमजोर/अनुपतिस्थ/लालचयुक्त समन्वय का होना। (ब) ज्यादातर शहरों में स्थानीय स्वशासन का कमजोर होना। (स) राजनैतिक चेतना व नागर समाज की चेतना में कमी रहना।

> *झुग्गी बस्ती या स्लम क्या है ?*
> *(1) किसी कस्बे या शहर के ऐसे सभी विशिष्ट क्षेत्र जिनकी पहचान राज्य/स्थानीय शासन ने किसी अधिनियम जैसे झुग्गी–बस्ती अधिनियम के अंतर्गत की हो।*
> *(2) ऐसे सभी क्षेत्र जिन्हें कि राज्य/स्थानीय सरकार तथा हाउसिंग व स्लम बोर्ड ने स्लम की मान्यता दी है लेकिन जिन्हें औपचारिक तौर पर किसी एक्ट के अंतर्गत स्लम का दर्जा प्राप्त नहीं है।*
> *(3) ऐसा संगठित सा क्षेत्र जहां की जनसंख्या कम से कम 300 हो या जहां लगभग 60–70 घर इकट्ठे हों। ये घर कच्चे, कमजोर, अधूरे से हों तथा वातावरण साफ–सुथरा न हो, अधोसंरचना पूर्ण न हो एवं जहां निकास, शौच, साफ–सफाई व शुद्ध जल की व्यवस्था न हो।*

भारत में स्लम : (1) भारत के 26 राज्यों/केन्द्रशासित प्रदेशों में स्लम हैं।

(2) 9 राज्यों/केन्द्र शासित प्रदेशों में स्लम नहीं हैं, ये हैं – हिमाचल प्रदेश, नागालैंड, मिजोरम, सिक्किम, अरूणाचल प्रदेश, मणिपुर, दादरा एवं नागर हवेली, दमणदीव एवं लक्ष्यद्वीप। (3) भारत के 640 कस्बों/शहरों में स्लम जनसंख्या है। सर्वाधिक स्लम की जनसंख्या आंध्रप्रदेश में है। इसके बाद उत्तरप्रदेश, तमिलनाडू और फिर महाराष्ट्र का नंबर है।

74 वें संविधान संशोधन में शहरी निकाय के शासन यानि स्थानीय स्वशासन जैसे नगरपालिका, इत्यादि घटकों को कई प्रकार की शक्तियां दी गई हैं जिनका उपयोग कर वे शहरी विकास की धारा को मोड़ सकते हैं। मसलन 74 वें संशोधन के 12 वें अनुच्छेद में स्वास्थ्य सेवाओं की जिम्मेवारी शहरी कार्यपालिका को प्रदान की गई है। इसके साथ–साथ शहरी गरीबों के मध्य स्वास्थ्य से जुड़ी सूचना, शिक्षा व संचार ;प्म्द्ध की गतिविधियों को ग्रामीण क्षेत्रों के मुकाबले तीव्रता से किया जा सकता है।

भारत में स्लम

(1) भारत में 4 करोड़ 26 लाख लोग स्लम में रहते हैं जो भारत की कुल शहरी आबादी का 15 प्रतिशत है।

(2) महाराष्ट्र में सर्वाधिक स्लम जनसंख्या (1 करोड़ 12 लाख) है।

(3) भारत की कुल स्लम आबादी का 17.4 प्रतिशत अनुसूचित जाति तथा 2.4 प्रतिशत अनुसूचित जनजाति से है।

(4) स्लम आबादी में लिंग अनुमापत 876 है।

(5) बाल लिंग अनुपात (0–6 वर्ष)

(6) स्लम आबादी में साक्षरता दर 73.1 प्रतिशत है इनमें से 80.7 प्रतिशत पुरूष तथा 64.4 प्रतिशत महिलाएं साक्षर हैं।

(7) भारत में 30 प्रतिशत शहरी गरीब हैं (यूनिसेफ 2001)

(8) भारत की कुल गरीबी में 25 प्रतिशत योगदान शहरों का है।

मध्यप्रदेश के शहरों की स्थिति :

मध्यप्रदेश के शहरी क्षेत्रों में स्वास्थ्य की स्थिति अन्य राज्यों की तुलना में बहुत खराब है। वर्तमान में मप्र में लगभग 27 प्रतिशत आबादी शहरी है जो सन् 2026 तक 4 करोड़ 4 लाख हो जाएगी। चूंकि मध्यप्रदेश में भयंकर गरीबी की स्थिति है जो केवल गांवों तक ही सीमित नहीं है। उड़ीसा के बाद मध्यप्रदेश ही ऐसा राज्य है जहां शहरी गरीबी की दर देश में सर्वाधिक है। यहां शहरी स्वास्थ्य के मानक भी काफी बुरी दशा में है। प्रदेश में इंदौर, भोपाल व जबलपुर में स्लम आबादी के बीच कुछ कार्य किये गए हैं जिनके आशानुकूल परिणाम नहीं मिल पाए हैं।

मध्यप्रदेश में शहर

(1) मप्र की कुल जनसंख्या (2001 6.03 करोड़

(2) शहरी जनसंख्या 1.61 करोड़ 26.67 प्रतिशत)

(3) सन 1991–2001 के मध्य शहरी जनसंख्या वृद्धि : 31.19 प्रतिशत

(4) सन् 1991–2001 के मध्य ग्रामीण जनसंख्या वृद्धि 22.02 प्रतिशत

(5) मध्यप्रदेश की राजधानी (भोपाल) में 1991 में 166 स्लम थे जिनकी आबादी 3.99 लाख थी।

(6) 2001 में यहां कुल 488 स्लम बन गए जिनमें से 209 सूचीबद्ध तथा 279 गैर सूचीबद्ध है।

राष्ट्रीय शहरी स्वास्थ्य मिशन के मुदद़े :

रा.श.स्वा.मि. निम्न मुद्दों को आधार बनाकर प्रारंभ किया जा रहा है :

1. देश के शहरों की आबादी के स्वास्थ्य की जरूरतों को बुनियादी तौर पर मजबूत करते हुए खासतौर पर वंचितों व संवेदनशील समूहों के स्वास्थ्य की जरूरतों पर ध्यान देना।

2. प्रति पचास हजार की जनसंख्या पर एक प्राथमिक स्तर की सुविधा (शहरी स्वास्थ्य केन्द्र) मुहैया करवाना।

3. एक प्रथम स्तरीय रैफरल स्वास्थ्य (क्षत्रीय अस्पताल) प्रति 2 लाख 50 हजार की जनसंख्या पर स्थापित करना जिसमें नवजात शिशु देखभाल इकाई का गठन भी शामिल है।

4. प्रति 1500–2100 की जनसंख्या वाली झुग्गी बस्ती पर एक सकिय तथा सामाजिक रूप से समर्पित महिला/लड़की को 'लिंक वॉलन्टियर' बनाना।

5. स्वास्थ्य सेवाओं के विस्तारण को लगातार संभव बनाना ताकि झुग्गी बस्ती (स्लम) के लोगों तथा अन्य संवेदनशील समूहों को स्वास्थ्य सुविधाएं मिल सकें।

6. शहरी महिला स्वास्थ्य कार्यकर्ता (लिंक वॉलन्टियर्स) तथा महिला स्वास्थ्य समितियों का प्रशिक्षण करना ताकि स्लम में सामुदायिक स्वास्थ्य पर जागरूकता उपजाई जा सके। (रा.ग्रा.स्वा.मि. की आशा की तर्ज पर रा.श.स्वा. मि. में उषा – USHA : Ueban Social Healt Activist या शहरी समाज स्वास्थ्य कार्यकर्ता, बनाए जाने का प्रस्ताव है प्रत्येक उषा 2000 की शहरी गरीब जनसंख्या पर कार्य करेगी सन् 2012 तक 25 हजार उषाएं बनाई जाएंगी।

7. 74 वें संशोधन के मद्देनजर शहर के स्थानीय निकायों को प्रोत्साहित करना ताकि वे शहरी क्षेत्रों में स्वास्थ्य सुरक्षा की सेवाएं मुहैया करवा सकें।.

8. महिला आरोग्य (स्वास्थ्य) समितियों का निर्माण व स्वास्थ्य बीमा जैसी महत्वकांक्षी योजनाओं के निर्माण से स्वास्थ्य में सामुदायिक सहभागिता व सुरक्षा को बढ़ावा देने के प्रयास करना।

9. स्वास्थ्य तथा स्वास्थ्य संबंधी अन्य विभागों के मध्य प्रभावी समन्वय बनाने के कार्यो को प्रमुखता से लेना जैसे महिला एवं बाल विकास, जल एवं स्वच्छता (लोक स्वास्थ्य यांत्रिकी), शहरी विकास/शहरी रोजगार तथा गरीबी हटाओ, स्थानीय कार्यपालिका (म्युनिसिपल कार्पोरेशन इत्यादि) पोषण आहार, शिक्षा इत्यादि।

10. राष्ट्रीय, राज्य, जिला तथा उपजिला स्तरों पर एक सुसंगठित संस्थागत प्रणाली तथा प्रबंधन तंत्र की स्थापना की जानी प्रस्तावित है। ताकि विभिन्न स्तरों पर जवाबदेही सुनिश्चित की जा सके।

11. विकेन्द्रीकृत शहर–आधारित नियोजन, परियोजना निर्माण तथा उसके कियान्वयन की अनुशंसा करना।

12. पब्लिक–प्रायवेट–पार्टनरशिप को प्रोत्साहित करना ताकि स्वास्थ्य सेवाओं का विस्तारण किया जा सके एवं सेवा प्रदायकों तथा संवेदनशील व वंचित तबके के बीच मजबूत संबंध कायम किये जा सके।

केन्द्र सरकार द्वारा इस मिशन हेतु 2008–2012 के लिए लगभग 8600 करोड़ रूपये प्रदान किये जाने हैं। यह मिशन अपने कियान्वयन के पहले वर्ष में 100 प्रतिशत केन्द्र द्वारा प्रायोजित रहेगा तथा दूसरे वर्ष से इसमें राज्य सरकार का योगदान भी सम्मिलित हो जाएगा।

म.प्र. जन स्वास्थ्य अभियान के साझीदार संगठन एवं संस्थाएं

1. अखिल भारतीय जन विज्ञान नेटवर्क
2. म.प्र. भारत ज्ञान विज्ञान समिति
3. म.प्र विज्ञान सभा
4. साथी – सेहत
5. म.प्र वॉलेण्टरी हेल्थ एसोसिएशन
6. अखिल भारतीय जनवादी महिला समिति
7. जन संघर्ष मोर्चा
8. आईविड, भोपाल
9. दीप ज्योति संस्था, सिवनी
10. समावेश, भोपाल
11. संगिनीं, भोपाल
12. दिव्य ज्योति सामाजिक विकास केन्द्र, भोपाल
13. एकता परिषद
14. भारतीय महिला संगठन
15. अनुपमा एज्युकेशन सोसायटी, सतना
16. एकलव्य, भोपाल
17. कैथोलिक हेल्थ एसोसिएशन, म.प्र
18. भोपाल गैस पीड़ित सहयोग एवं संघर्ष समिति, भोपाल
19. क्रिश्चियन मेडिकल एसोसिएशन ऑफ इंडिया
20. म.प्र मेडिकल एण्ड सेल्स रिप्रजेंटेटिव यूनियन
21. ब्रेस्ट फीडिंग प्रमोशन नेटवर्क ऑफ इंडिया
22. ग्राम सुधार समिति, सीधी
23. भोपाल गैस पीड़ित महिला उद्योग संगठन
24. निराश्रित पेंशन भोगी महिला संगठन, भोपाल
25. शुरूआत, भोपाल
26. जागरण, रायसेन
27. आशाग्राम ट्रस्ट, भोपाल
28. शिल्पी केन्द्र , इंदौर
29. पुष्प कल्याण केन्द्र, आष्टा
30. बचपन, भोपाल
31. दीपालय मेडिकल मिशन सिस्टर्स, खंडवा
32. कैथोलिक मेडीकल एसोसिएशन ऑफ इंडिया म.प्र.
33. खेडुत मजदुर चेतना संगठन आलिराजपुर
34. नर्मदा बचाओ आंदोलन
35. जाग्रत आदिवासी दलित संगठन बड़वानी
36. आशाग्राम ट्रस्ट बड़वानी
37. प्रसून धार, जीविका म.प्र.,
38. कोशिश लोक विकास संस्था, बड़वानी
39. दीनबन्धु संस्था इन्दौर
40. एजन साहस देवास
41. सर्वोदय प्रेस सर्विस इन्दौर ।

ग्रामीण व स्वास्थ्य स... जनस्वास्थ्य अभियान की रिपोर्ट का दावा

■ ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन भी विफल

[illegible]

दैनिक भास्कर भोपाल, सोमवार 28 जनवरी, 2008 5

Symposium organised

Rural health has deteriorated: report

HT Correspondent
Bhopal, March 29

A RURAL health monitoring report presented during the concluding day of the two-day rural and urban health symposium highlighted that the health service scenario has deteriorated in rural areas despite government claims. The report is based on survey of 20 districts in state conducted by the Jan Swasthya Abhiyan, Madhya Pradesh that hosted the symposium.

The report said that the health services remain inaccessible; no appointments were made after year 1994 and overall the situation has deteriorated. Speaking during the discussion, the president of the MP Chikitsa Adhikari Sangh, Lalit Shrivastava said that there is severe dearth of doctors in state and they are burdened with non-medical work.

NGO Vikas Samvad made a presentation on child health. It was highlighted that 80 percent of the newborn, whose mothers die, succumb themselves. Only 0.95 pc of state budget is spent on child health and the indices on maternal and infant mortality, malnutrition and vaccination situation are quite poor when compared to other states. An open discussion session on health policy, women and children's health, urban and rural health infrastructure and need of awareness on health was also

प्रदेश में हो रही डॉक्टरों की कमी

भोपाल। प्रदेश में चिकित्सकों का घोर अभाव है। यह बात मध्यप्रदेश विज्ञान सभा के द्वारा जन स्वास्थ्य अभियान के तहत आईकफ शहरी एवं ग्रामीण परिचर्चा के अंतिम दिन मध्यप्रदेश चिकित्सा अधि संघ के अध्यक्ष ललित श्रीवास्तव ने कही। उन्होंने कहा कि प्रदेश के ड पर गैर-चिकित्सकीय कार्यों का बोझ बढ़ा हुआ है, जिस कारण से वे अ सेवाओं का लाभ जनता को पूर्ण रूप से नहीं दे पा रहे हैं। उन्होंने इस शासन की असंवेदनशीलता पर चिंता व्यक्त करते हुए कहा कि यह लोक के लिए घातक है। परिचर्चा का अंतिम दिन ग्रामीण स्वास्थ्य, प्रदेश में म स्वास्थ्य की स्थिति, बच्चों की स्वास्थ्य दशा व प्रदेश के मानसिक स्वा सेवा आदि विषय पर केंद्रित रहा। परिचर्चा के दौरान ग्रामीण स्वास्थ्य निग रिपार्ट 2008 पेश की गयी इस रिपोर्ट में यह बात सामने आयी कि ग्रा क्षेत्रों में सरकारी दवाओं व स्वास्थ्य योजनाओं के बावजूद भी स्वा सेवाओं की उपलब्धता काफी कम है। विकास संवाद की ओर से बच्चे

स्वास्थ्य पर स्लाइड प्रस्तुत की गयी। इसमें प्रदेश के बच्चों के स्वास्थ्य वर्तमान स्थिति को दर्शाया गया। रिपोर्ट पेश करते हुए प्रशांत ने बताया नवजात शिशु की मां की मृत्यु के बाद 80 प्रतिशत केस में उस बच्चे मृत्यु हो जाती है। वहीं चांदनी ने बताया कि 0.95 प्रतिशत बजट ही स्वास्थ्य पर खर्च किया जाता है। मातृ, शिशु मृत्यु दर, कुपोषण टीकाकरण के मामलों में प्रदेश की हालत दूसरे राज्यों से ज्यादा गंभीर है

परिचर्चा के दूसरे सत्र में महिला स्वास्थ्य और मानसिक स्वास्थ्य पर राहुल शर्मा ने कहा कि देश में मानसिक स्वास्थ्य की स्थिति ठीक नहीं

उन्होंने बताया कि आने वाले समय में मानसिक अवसाद की स्थिति बढ़ेगी, क्योंकि हमारे पास इससे निपटने के लिए उचित सेवाएं उपलब्ध हैं। परिचर्चा के अंत में प्रदेश के परिवार स्वास्थ्य एवं कल्याण मंत्रालय राज्य सलाहकार कुमार सौरभ ने राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन उपलब्धियों पर प्रकाश डालते हुए बताया कि देश के मुकाबले प्रदेश

...इमरजेंसी के दौरान सहायता देने के लिए स्वास्थ्य विभाग ने तैयार की योजना

एक फोन और स्पेशल एंबुलेंस हाजिर

[illegible]

1.70 करोड़ की ट्रामा यूनिट

[illegible] एक करोड़ 70 लाख रुपए की लागत से बनने वाली [illegible] यूनिट में एंबुलेंस, उपकरण, मशीनें और स्टाफ सभी अलग होंगे। भोपाल के किसी भी क्षेत्र से इमरजेंसी केस आने पर इसी यूनिट [illegible] उपचार होगा।

कोलार क्षेत्र में नया अस्पताल

विजन-2009 में कोलार के [illegible] क्षेत्र में 30 बिस्तर के [illegible] अस्पताल के लिए अनुमति मिल चुकी है। अभी भूमि आवंटन [illegible] काम पूरा नहीं हुआ है।

10 नए उपस्वास्थ्य केंद्रों को बिल्डिंग

[illegible]

राज्य की नईदुनिया 05
भोपाल, रविवार 30 मार्च 2008

जन स्वास्थ्य पर संगोष्ठी

भोपाल। म.प्र. विज्ञान सभा द्वारा शहरी एवं ग्रामीण स्वास्थ्य पर आयोजित दो संगोष्ठी का शनिवार को समापन हो गया। आइकफ आश्रम में आयोजित इस संगोष्ठी में महिला एवं बच्चों के स्वास्थ्य की स्थिति पर परिचर्चा हुई। कार्यक्रम में म.प्र. जन स्वास्थ्य अ के संयोजन अजय खरे ने ग्रामीण स्वास्थ्य निगरानी पर रिपोर्ट पेश की, जिसमें प्रदेश ने राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन की योजनाओं की समीक्षा प्रस्तुत की गयी। विकास सं ने प्रदेश में बच्चों के स्वास्थ्य एवं प्रसव केदौरान होने वाली माँ एंव शिशुओं बताया। परिचर्चा में डॉ. ललित श्रीवास्तव, डॉ. उदय जैन, स्वास्थ्य विभाग सौरभ ने भी प्रदेश में जन स्वास्थ्य की स्थिति पर प्रकाश डाला।

Health funds not utilised: NGO

Health department claims that sector indices have improved

Gaurav Chandra
Bhopal, April 9

NRHM

...GING THAT the State ...nment had failed to ...than 23 per cent of ...to it by the ...onal Rur... ...M) dur... ...GOs ...tor ...a yet reached the ground level in MP, despite adequate funds," alleges Dr Ajay Kumar Khare, Convener of the MP Jan Swasthya Abhiyan (MPJSA).

"The basic drawback has been the state government's failure to e... communi... ty pa... in the health setup by 2012, but the present situation in MP looks hopeless to meet that target," Khare lamented. He said that the MPJSA and some other NGOs had conducted surveys in 2006 and 2007 in several rural and tribal areas of the State to learn about the progress of the NRHM. "The findings of both the surveys revealed disappointing realities," Dr Khare

...ernment claimed that health indices had improved. "We have been able to bring down the Maternal Mortality Rate (MMR) and Infant Mortality Rate (IMR) in the State in the past few years while other health indicators have also improved," asserted Health Minister Ajay Vishnoi.

He said that usually the data of health indicators were received ...ears later and most ...ngs of the NGO

The union government has appreciated the state for improvements recorded in the health sector."

AJAY VISHNOI
State Health Minister